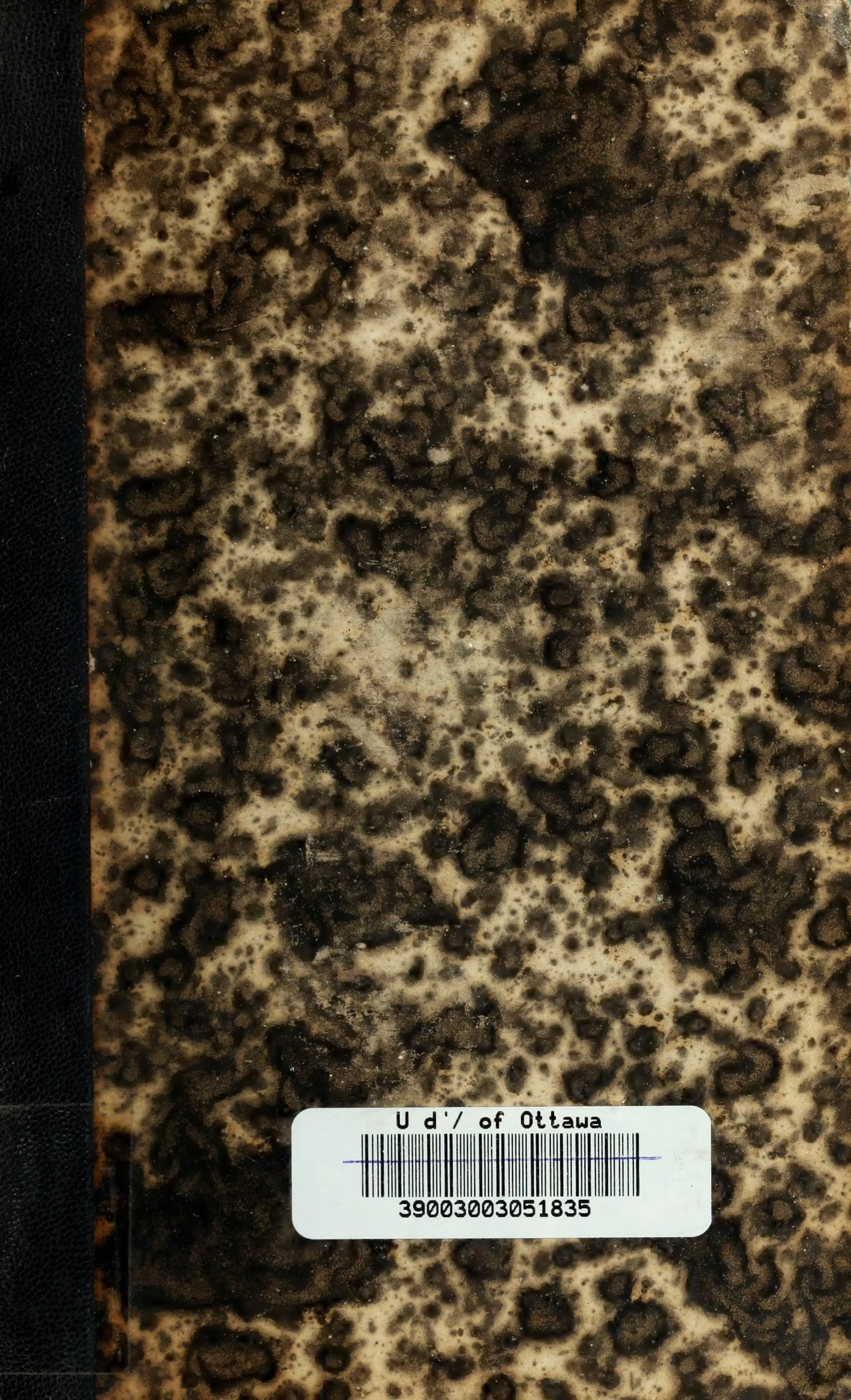
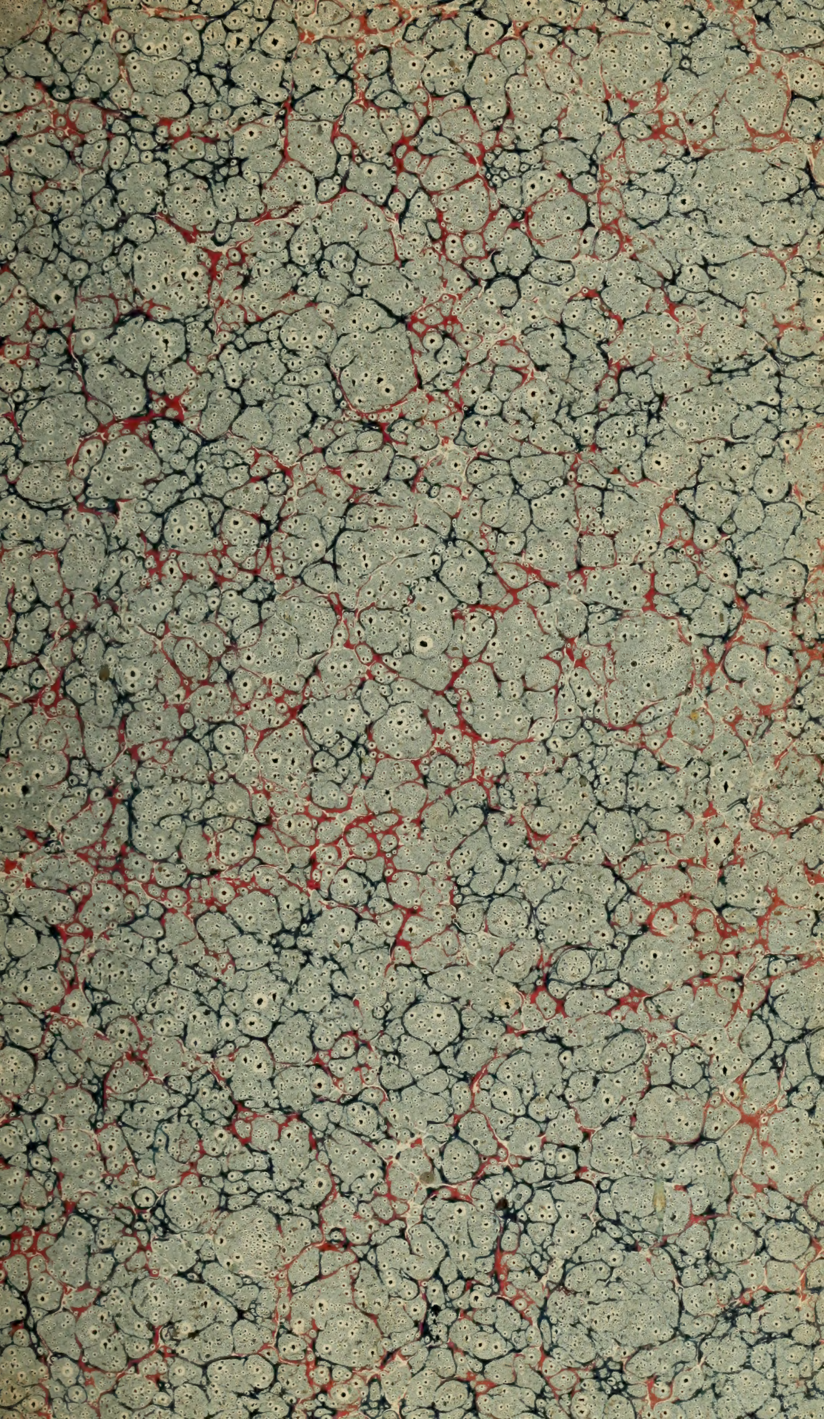
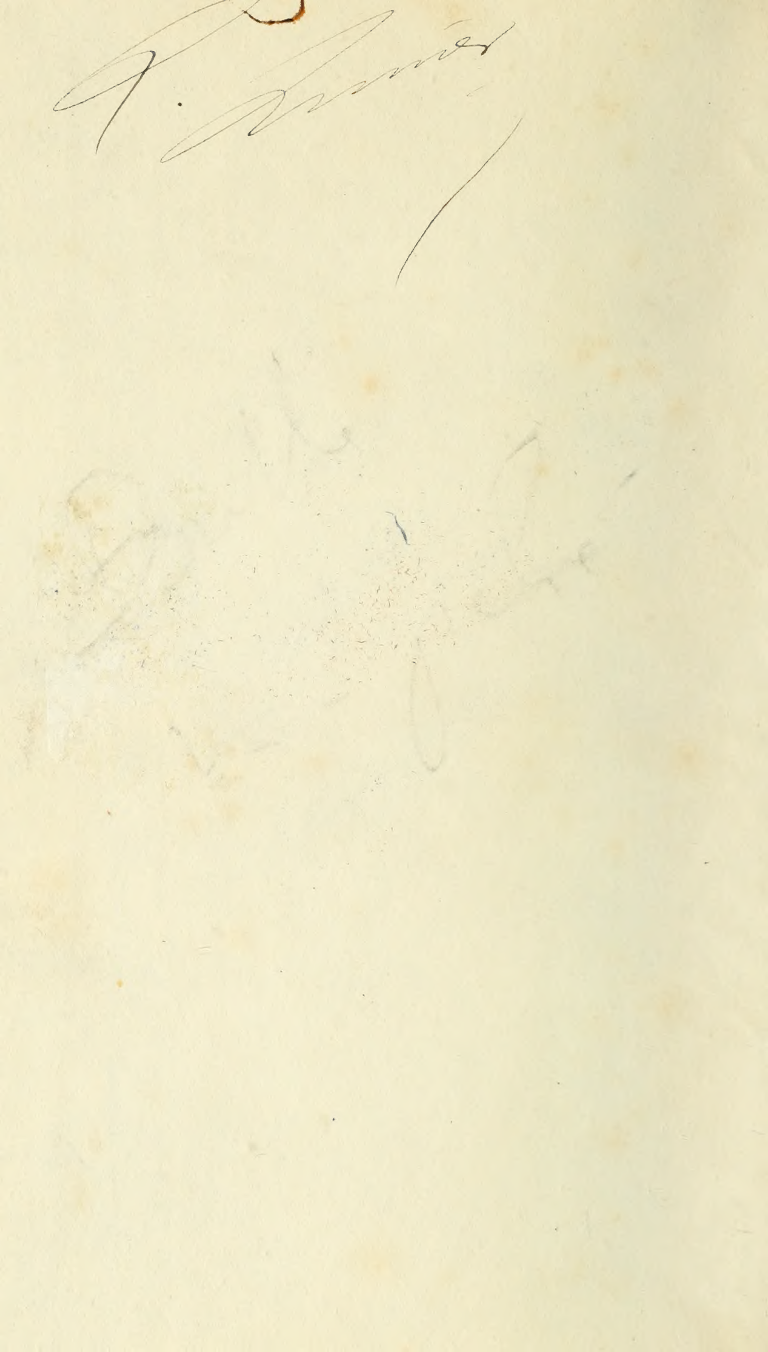

U d'/ of Ottawa
39003003051835







RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES;

PAR F. LALLEMAND,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE LA MÊME VILLE, etc. etc.

Ars medica tota in observationibus.
(FRED. HOFFMAN.)
Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ... observationes.
MORGAGNI, *Epist.* 51, n° 47.)

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE,
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE;
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 4.

1830.



PRÉFACE.

Placé jeune encore dans un hôpital immense (l'Hôtel-Dieu), où des faits importans se pressent et se renouvellent sans cesse, j'ai senti de bonne heure tout le prix de ma position, et j'ai cherché à en tirer le plus grand parti possible, en méditant, suivant le précepte du divin vieillard, le grand livre de la nature. J'ai été assez heureux pour être secondé dans mes efforts par l'exemple et les conseils des praticiens distingués avec lesquels je remplissais les fonctions d'élève interne, et par le zèle et l'amitié de mes anciens collègues, à l'empressement desquels je dois l'avantage d'avoir pu observer, dans un petit nombre d'années, plus d'affections cérébrales qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Je ne tardai pas à m'apercevoir qu'elles étaient beaucoup plus communes qu'on ne le pense, et surtout beaucoup moins connues que celles

d'aucun autre organe. Les recherches de Senac, et principalement celles de M. Corvisart sur les maladies du cœur; l'ouvrage d'Avenbrugger, sur la percussion de la poitrine, tiré de l'oubli par son modeste et savant commentateur; les recherches de Bayle, sur la phthisie pulmonaire, et tout récemment les belles et ingénieuses observations de M. Laënec sur l'emploi de l'auscultation médiate dans la recherche des maladies des organes contenus dans la poitrine; tous ces travaux, dis-je, ont porté le diagnostic de ces affections à un degré de certitude qu'on n'avait pas encore atteint en médecine.

L'ouvrage de Rœderer et Wagler, sur les éruptions miliaires de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins; celui de M. Petit, sur les ulcérations de cette dernière; et surtout les importans travaux de M. Broussais nous ont fait connaître les maladies des organes digestifs, et leur étonnante influence sur le reste de l'économie. Le Traité des phlegmasies chroniques de ce profond observateur avait déjà rempli une grande lacune en nous dévoilant la marche et les symptômes des affections lentes et obscures qui altèrent sourdement le tissu de nos organes. Mais, au milieu de tant d'excellentes monographies qui ont avancé les différentes parties de la science,

il semble qu'on ait oublié l'organe par lequel l'homme se distingue le plus éminemment des autres animaux vertébrés; celui auquel il doit l'empire immense qu'il exerce sur tout ce qui l'environne, par la force et l'étendue de ses facultés intellectuelles. Cependant, cette prédominance matérielle du cerveau de l'homme sur le reste de son système nerveux, à laquelle il doit sa supériorité intellectuelle, donne aussi à cet organe une influence plus grande sur tous les autres, et l'expose davantage à en être influencé. Cet accroissement dans l'activité de ses fonctions, le dispose, d'une manière plus prochaine, aux maladies. Comment se fait-il donc que, parmi celles qui l'assiégent, l'apoplexie soit la seule dont l'histoire soit aujourd'hui très avancée (1)?

Quand on compare l'état de nos connaissances positives sur les maladies des différens viscères, il est facile de se convaincre que ceux dont les affections ont été plus tôt et plus exactement

---

(1) J'avais tracé un tableau de l'état de nos connaissances sur les différentes affections du cerveau, de la moelle et de leurs membranes, dans lequel j'avais essayé d'apprécier l'influence des travaux des divers auteurs qui s'en sont occupés, sur l'avancement de la science; mais je l'ai supprimé à cause de son étendue, et parce que je serai obligé d'y revenir en détail, en m'occupant de chaque maladie en particulier.

connues, sont aussi ceux dont la structure et les fonctions étaient plus faciles à apprécier, et le cerveau en est une preuve frappante. Cela devait être ainsi : l'anatomie, la physiologie et la pathologie se prêteront toujours des secours mutuels.

Ce n'est pas qu'on se soit moins occupé du cerveau que de tout autre organe; au contraire, il a le premier attiré l'attention des philosophes; il a plus spécialement que tout autre exercé la patience et l'adresse des anatomistes; il a été plus que tout autre le sujet des recherches et des expériences des physiologistes, des méditations des praticiens et même des moralistes : mais telles sont les difficultés qu'il présente sous tous ces rapports, qu'on peut dire sans exagération qu'il fait encore aujourd'hui le désespoir des uns et des autres.

Quel organe offre un tissu aussi mou, aussi délicat, autant de parties minutieuses à considérer, des rapports plus multipliés entre toutes ces parties et une intrication plus difficile à débrouiller (1)?

---

(1) Rien ne prouve mieux les difficultés que présentent les préparations du cerveau, que les nombreux ouvrages qui ont été publiés sur sa structure, et les contestations élevées entre tant d'anatomistes célèbres, sur des objets de pure intuition. Par exemple, l'entrecroisement de ses fibres à l'origine de la moelle fut admis vaguement par Aretée pour expliquer un phé-

Aussi n'est-ce que depuis peu et grâce aux travaux des docteurs Gall et Spurzheim, que son organisation a commencé à être bien connue. (1)

Malgré les laborieuses recherches des savans que nous nous plaisons à citer, et dont les travaux sont encore mal appréciés, est-il un organe dont les fonctions soient aussi mystérieuses que celles des différentes parties du cerveau, dont la physiologie soit couverte d'un voile aussi épais? Ces difficultés ont dû influer indirectement sur la manière dont les observations pathologiques ont été recueillies et rédigées; mais l'étude des affections cérébrales présente directement des obstacles qu'on ne ren-

---

nomène pathologique observé déjà par Hippocrate, et confirmé par la pratique journalière; Mistichelli et Dupetit le décrivirent ensuite avec exactitude; Santorini le dessina assez fidèlement; et un fait aussi facile à constater fut nié par les uns, oublié par les autres, jusqu'à ce que le docteur Gall ait fait cesser cette incertitude.

(1) Il est vrai de dire que la manière vicieuse dont on a presque toujours procédé à la dissection du cerveau, en le coupant par tranches, a été l'une des principales causes du peu de progrès qu'a faits pendant si long-temps l'anatomie de ce viscère. Varole avait bien suivi ses fibres à travers la protubérance annulaire : Vieussens, adoptant cette méthode, l'avait même étendue; mais elle était complétement oubliée depuis long-temps, lorsque MM. Gall et Spurzheim en ont fait une application générale, et l'ont rendue féconde en résultats nouveaux.

contre pas dans l'exploration des autres organes malades. On peut, malgré les parois de la poitrine, distinguer très exactement, à l'aide de la percussion et de l'auscultation médiate, les maladies de la membrane muqueuse du poumon, de celles de son parenchyme, et de celles de la plèvre. On peut apprécier les battemens du cœur, les comparer aux pulsations des artères.

Quoi de plus facile que d'étudier, à travers les parois souples de l'abdomen, l'état des organes contenus dans cette cavité! Qui ne reconnaîtra, au premier examen, une péritonite aiguë, une inflammation de l'estomac, du foie ou des intestins, une tympanite, une hydropisie, une tuméfaction de la rate? etc., etc.

Dans l'étude des affections cérébrales, nous sommes privés de ces moyens directs d'investigation, et réduits aux seuls symptômes extérieurs. Et c'est précisément à cette exploration de l'organe affecté, que les maladies de la poitrine et de l'abdomen doivent le degré de certitude que peut atteindre leur diagnostic; car l'expérience apprend tous les jours, de plus en plus, que la douleur et les différentes sensations qu'éprouve le malade, le trouble des fonctions du viscère affecté, les phénomènes sympathiques qui en résultent, sont des circonstances extrêmement varia-

bles. Pourquoi le cerveau jouirait-il, sous ce rapport, d'un privilége particulier? Par la nature et l'importance de ses fonctions, il est au contraire, plus que tout autre, susceptible de produire des symptômes effrayans, par suite d'une irritation légère ou sympathique; et l'on sait que des altérations profondes peuvent s'y développer, pourvu que ce soit avec une extrême lenteur, sans se manifester au-dehors par des phénomènes en rapport avec la gravité du mal.

Les altérations pathologiques du cerveau, de la moelle et de leurs membranes, sont aussi plus difficiles à apprécier que celles des autres organes, parce qu'indépendamment des précautions particulières (1) qu'exige leur examen, une in-

---

(1) Leur grande influence sur les inductions qu'on peut tirer des faits, m'engage à indiquer ici celles qui m'ont paru les plus importantes.

En faisant usage de la scie pour ouvrir le crâne, il est presque impossible, à moins de prendre des précautions, inutiles hors les cas de médecine légale, de ne pas entamer la dure-mère et le cerveau, vis-à-vis des fosses temporales et des sinus frontaux. On évite ces inconvéniens graves en cassant, à la manière de Bichat, le crâne avec un marteau terminé par une surface large et mince. En procédant à petits coups, le crâne étant plein, il ne peut en résulter d'ébranlement susceptible de produire des désordres. Il vaut mieux commencer par sa partie postérieure, parce que quand l'occipital reste seul à casser,

flammation violente, produisant plus promptement la mort, y laisse des traces moins évidentes; parce qu'une inflammation légère peut produire plus facilement des symptômes graves; parce qu'étant l'aboutissant de toutes les sensa-

---

il est souvent si mobile que les coups portent à faux. Il faut éviter de circonscrire le crâne trop près de sa base, parce que le cerveau ne peut sortir que très difficilement de la voûte, qui est alors plus que demi-sphérique. Chez les enfans très jeunes, les os sont trop souples pour être cassés, trop minces pour être sciés; il faut les couper avec des ciseaux forts. Quand la dure-mère est trop adhérente aux os pour qu'on puisse l'en séparer, il faut la couper circulairement, inciser la faux près de l'apophyse crista galli, puis en arrière au-dessus de la tente du cervelet, afin de l'enlever avec les os. Quelquefois, quand le crâne est ôté, on trouve la dure-mère flasque et ridée. Cette circonstance doit faire soupçonner qu'il a existé entre elle et le cerveau de la sérosité qui s'est échappée par quelque ouverture faite à la dure-mère, ou qui a passé dans le canal rachidien : ce dont il est important et facile de s'assurer, dans le premier cas, par l'examen de la dure-mère; dans le second, par la position inclinée du cadavre. Quand, au contraire, la dure-mère est tendue et appliquée sur le cerveau, il faut s'attendre à trouver un épanchement, soit dans les ventricules, soit dans le cerveau.

Lorsqu'une inflammation violente de l'arachnoïde n'a duré que peu de temps, il faut beaucoup d'attention pour en trouver des traces évidentes. Cependant, en séparant lentement la dure-mère de l'arachnoïde, on aperçoit ordinairement une espèce de pellicule excessivement mince, comme mucilagineuse, qui s'allonge d'abord sous la forme de petits filamens,

tions, il est plus susceptible qu'un autre d'être irrité sympathiquement ; et c'est à cette difficulté de retrouver, après la mort, les traces des affections qui y avaient leur siége pendant la vie, qu'il faut principalement attribuer l'état arriéré de

---

adhérens aux deux surfaces : à mesure que l'écartement augmente, ces filamens se rompent et disparaissent. L'épanchement qui forme cette fausse membrane a si peu d'épaisseur, que quand les deux surfaces sont séparées, ce qui reste adhérent à l'une et à l'autre n'est plus appréciable à l'œil. On peut cependant en ramasser quelques gouttes sur le manche d'un scalpel qu'on promène légèrement à la surface de la membrane séreuse. Au reste, celle-ci a perdu son aspect brillant et poli; elle est terne et comme desséchée. Mais ces dernières circonstances n'offrent rien d'assez positif ; ce n'est qu'au moment où l'on sépare les deux surfaces séreuses qu'on peut acquérir la certitude de l'existence de cette espèce de fausse membrane.

On trouve souvent, entre l'arachnoïde et le cerveau, de la sérosité plus ou moins abondante, lactescente, trouble ou limpide, retenue dans les aréoles de la pie-mère, offrant l'apparence d'une gelée tremblante, ayant une épaisseur, quelquefois, de deux ou trois lignes. Pour peu que l'arachnoïde soit déchirée, cette sérosité s'écoule et disparaît. D'autres fois l'arachnoïde offre à sa surface de petites granulations brillantes ; elle semble recouverte d'une poussière fine. Ces espèces de villosités, qui attestent une affection chronique, s'affaissent par le frottement des doigts et se ternissent facilement ; il faut donc procéder avec soin à ce premier examen. Le plus souvent alors, l'arachnoïde est en même temps épaissie, blanchâtre, opaline ; mais quelquefois cette apparence n'est due qu'à de la

nos connaissances sur ces maladies. Cela est si vrai, que la seule maladie du cerveau, dont les symptômes, la marche et le traitement soient aujourd'hui bien connus, est précisément celle dont les altérations pathologiques se présentent de la

---

sérosité lactescente, épanchée dans la pie-mère, par suite d'une inflammation aiguë. Pour distinguer ces deux états différens, il faut enlever l'arachnoïde de dessus le cerveau, et la laver, pour savoir si elle perdra sa couleur. En l'enlevant, il faut tenir compte du degré de résistance de son tissu, qui est en rapport avec son épaississement, sa coloration et l'ancienneté de sa maladie. On peut avoir une mesure assez exacte de cette résistance par la largeur des lambeaux qu'on peut enlever sans la rompre.

Quelquefois, en séparant l'arachnoïde, on la trouve adhérente à quelque point du cerveau qui s'enlève avec elle; c'est toujours le résultat d'une inflammation. Vis-à-vis de cette adhérence, on trouve constamment le cerveau ramolli ou en suppuration, et ordinairement une fausse membrane mince et récente unit la dure-mère à l'arachnoïde. J'ai vu de ces altérations de cerveau qui n'avaient que quelques lignes d'étendue, et qu'on n'eût certainement pas remarquées, si l'arachnoïde n'avait été détachée avec soin. Cette précaution est encore indispensable pour bien examiner ensuite le cerveau. Quand les deux hémisphères ont été dépouillés de leur arachnoïde, il faut les inciser transversalement vers leur partie antérieure, pour arriver jusqu'aux ventricules latéraux, afin de s'assurer s'ils contiennent de la sérosité, et en quelle quantité; parce qu'en retirant le cerveau du crâne, elle s'échappe toujours par le ventricule moyen ou par celui du cervelet. Il faut faire en sorte d'arriver jusqu'aux ventricules sans inciser l'a-

manière la plus ostensible; je veux parler de l'apoplexie sanguine.

Quant à la thérapeutique des affections cérébrales, il est évident qu'elle ne peut offrir quelque chose de positif et de rationnel, qu'autant

---

rachnoïde qui les tapisse : c'est le seul moyen de bien juger de son épaisseur et de sa consistance.

Morgagni avait l'habitude d'examiner le cerveau en place, et il avait raison; mais c'était ordinairement dans les cas où, ne devant ouvrir que le crâne, il avait fait séparer la tête du tronc pour plus de commodité; et il arrive alors que la sérosité épanchée sous la dure-mère s'échappe entre la moelle et le canal vertébral, et que celle des ventricules peut sortir par celui du cervelet, quand la section a été faite trop près du crâne. Quand les ventricules latéraux ont été distendus par de la sérosité qui s'est échappée pendant l'examen du cerveau, on peut encore en juger approximativement par leurs dimensions, et surtout par la largeur du septum lucidum, plus mince, plus transparent que de coutume, parce qu'il contient moins de substance cérébrale, et cependant est ordinairement plus résistant, parce que l'arachnoïde a plus d'épaisseur et de consistance : c'est ce qui arrive dans les maladies chroniques. L'arachnoïde des ventricules subit les mêmes altérations que celle de l'extérieur du cerveau. Il faut, pour bien voir les granulations qui couvrent sa surface, l'exposer à la lumière obliquequement sous des jours différens.

Après avoir renversé le cerveau pour examiner l'arachnoïde qui recouvre sa base, et avoir enlevé celle qui enveloppe les deux hémisphères, il faut les diviser d'avant en arrière, par tranches rapprochées, qu'on écarte seulement en conservant les rapports des parties. Ce n'est qu'alors qu'il faut inciser la

que les symptômes et la nature de chaque maladie seront bien connus. Il faut, de plus, que ceux qui s'occupent spécialement d'anatomie pathologique ne négligent pas une partie aussi importante que le traitement, et que ceux qui se piquent d'être praticiens, s'attachent un peu plus à l'étude des altérations morbides.

---

tente du cervelet pour enlever ce dernier après avoir coupé la moelle le plus bas possible.

Pour examiner la moelle et les membranes, il faut commencer par enlever exactement les muscles et les tendons qui remplissent les gouttières vertébrales; ensuite on peut scier ou casser les lames des vertèbres avec un égal avantage. Dans le premier cas, la lame de la scie doit être légèrement convexe et assez forte pour n'avoir pas besoin d'arbre; dans le second, on peut se servir d'une espèce de lame de sabre à dos très épais, ou d'un ciseau large et fort, sur lesquels on frappe. Il vaut mieux mettre à découvert la dure-mère cranienne et vertébrale avant de passer à l'examen du cerveau, afin d'avoir sous les yeux tout l'arbre nerveux.

Morgagni dit que, ne s'en fiant pas à sa mémoire, il écrivait, en rentrant chez lui, les résultats des ouvertures des corps. Convaincu, d'après ma propre expérience, que cette précaution n'était pas toujours suffisante, j'ai ordinairement fait noter sur-le-champ le siége précis, la nature et l'étendue des altérations cérébrales.

Il faut bien se persuader qu'il vaudrait autant, et peut-être mieux, ne pas se donner la peine d'examiner des organes aussi délicats, aussi difficiles à manier, que de le faire avec négligence, précipitation ou prévention.

Tels sont les obstacles de toute espèce dont est hérissée l'étude de l'encéphale et de ses dépendances ; ils expliquent assez l'absence de toute monographie, même incomplète et défectueuse, sur les maladies qui y ont leur siége. Leur histoire est presque entièrement à refaire, et c'est un travail dont on sent généralement la nécessité. Les monographies sont comme les défrichemens partiels d'un terrain immense et aride qu'on met successivement en culture ; elles fécondent peu à peu les différentes parties du vaste domaine de la médecine, elles en facilitent l'étude. Les nombreuses observations que j'ai recueillies, et les recherches auxquelles elles m'ont conduit, m'ont engagé à tenter de faire pour le cerveau ce qu'on a fait pour les autres organes. Je ne me suis pas dissimulé l'étendue et les difficultés d'un pareil travail ; mais j'ai pensé que mes efforts pour remplir une grande lacune seraient encore utiles, lors même que je n'atteindrais pas le but que je me suis proposé.

J'avais d'abord voulu connaître les opinions des auteurs, et les comparer entre elles ; mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que ces recherches ne pouvaient conduire à rien ; que ce n'était qu'à l'aide des faits qu'il fallait essayer de recommencer l'analyse des affections cérébrales : je

n'ai donc cherché dans leurs ouvrages que des faits.

Il semblerait, au premier coup d'œil, que leur nombre doit être prodigieux ; mais il en est qu'on trouve copiés ou cités partout, et ce sont les plus remarquables : parmi les autres, il y en a peu qui puissent servir, parce qu'ils sont tronqués sous le rapport des symptômes, du traitement ou de l'ouverture du cadavre. Toutefois, ces reproches s'adressent principalement aux anciens ; car l'art d'interroger la nature fait tous les jours des progrès sensibles. Enfin, parmi les observations suffisamment détaillées qu'on rencontre dans les auteurs, il en est qui ont évidemment été recueillies pour appuyer des idées préconçues. La prévention est une des faiblesses humaines dont les observateurs ont le plus de peine à se garantir. La plupart, dit Vicq-d'Azir, rapportent plutôt ce qu'ils ont pensé et jugé que ce qu'ils ont vu, ou ils confondent l'un et l'autre, au point qu'il est difficile de compter sur leur témoignage ; c'est ainsi que les voyageurs substituent au simple exposé des faits leur opinion : le lecteur à leur place n'aurait pas vu comme eux. Hoffman a exprimé une grande vérité, quand il a dit : *Ars medica tota in observationibus ;* mais il eût dû ajouter avec Morgagni : *Sed perpendendæ sunt, non numerandæ....* (*observationes*) ; pensée profonde,

plus exacte que la première, mais d'une application délicate. Que de conditions ne faut-il pas remplir pour peser exactement les observations des autres! A combien d'interprétations ne peuvent-elles pas se prêter! à combien de divagations ne s'expose-t-on pas dans un commentaire! Aussi n'est-ce que par des observations plus concluantes et plus détaillées, que je me suis permis de commenter les obscurités que présentent quelques-unes de celles que je citerai.

Mais on n'a rien fait quand on a rassemblé beaucoup de faits bien observés et importans; il faut encore les rapprocher d'une manière naturelle, afin que les conséquences qui en découlent se présentent d'elles-mêmes. Dans la plupart des recueils d'anatomie pathologique, on a pris pour point de départ les symptômes observés pendant la vie, comme douleur de tête, convulsions, coma, délire, paralysie, etc. Ces divisions, qui semblent au premier coup d'œil naturelles, sont au contraire fort arbitraires, et exposent à des répétitions sans nombre, parce que plusieurs de ces symptômes s'observent ou simultanément ou successivement dans le cours de la même maladie. Ainsi, par exemple, elle débute souvent par des maux de tête violens, suivis bientôt de délire, de convul-

sions, et finit par le coma ou la paralysie. Ce n'est pas par un seul symptôme qu'on peut caractériser une maladie, mais par leur ensemble et leur succession. Morgagni, sentant ces inconvéniens, a pris ses divisions, tantôt dans les symptômes, tantôt dans les altérations morbides; mais il en est résulté beaucoup de vague et d'incertitude dans sa marche. Plus j'y ai réfléchi, plus j'ai été convaincu de la nécessité de classer les affections cérébrales d'après les altérations pathologiques, quoiqu'elles ne soient pas toujours, il faut bien en convenir, accompagnées des mêmes symptômes. En y regardant de près, on voit bientôt que cette discordance apparente tient tantôt au siége différent de l'affection, tantôt à l'âge, au sexe, ou au tempéramment du sujet, tantôt à des complications importantes ; d'autres fois enfin, à la marche aiguë ou chronique de la maladie : circonstances dont on n'a pas assez tenu compte, et qui a souvent trompé les observateurs. Mais quand on compare ensemble les affections du cerveau et celles de l'arachnoïde, exemptes, autant que possible, de complication, on voit qu'elles offrent des symptômes bien distincts, un cachet particulier. Celles qui sont compliquées, comme cela arrive le plus souvent,

présentent au contraire un mélange des deux ordres de symptômes.

La circonstance qui influe le plus sur l'ensemble des phénomènes, c'est la marche plus ou moins rapide, plus ou moins lente de la maladie. Cette influence est telle que des altérations très-différentes s'annoncent par des phénomènes assez semblables pour tromper l'observateur le plus attentif. Ainsi, par exemple, il y a plus de ressemblance entre les symptômes d'une inflammation aiguë du cerveau, d'un ramollissement de la substance cérébrale, et ceux d'une apoplexie, d'une compression subite du cerveau, quelle qu'en soit la cause, qu'entre ces mêmes symptômes d'inflammation aiguë et ceux d'une inflammation chronique; de même un abcès enkysté a moins de rapport, par les phénomènes extérieurs qu'il produit, avec un abcès récent, qu'avec une tumeur scrophuleuse, fibreuse, osseuse, hydatique ou un corps étranger logé dans le cerveau. Je pourrais en dire autant des affections de l'arachnoïde.

Voici, en conséquence, la distribution des matières qui me paraît la plus naturelle :

Affections du cerveau exemptes autant que possible de complications.

Congestion brusque; effort hémorrhagique

sans épanchement (coup de sang); avec épanchement de sang (apoplexie).

Inflammation du cerveau :

Première période. Ramollissement avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang.

Deuxième période. Ramollissement avec infiltration de pus ou suppuration commençante.

Troisième période. Abcès.

Affections chroniques : abcès enkystés, tubercules scrophuleux, tumeurs fibreuses, osseuses, squirrheuses, cancéreuses, hydatides, corps étrangers.

Affections de l'arachnoïde.

Congestion brusque, exhalation sanguine, sanguinolente ou séreuse.

Inflammation aiguë à différens degrés, suppuration, sérosité, trouble, lactescente ou gélatiniforme.

Inflammation chronique.

Épaississement de l'arachnoïde, augmentation de sa consistance, diminution de sa transparence, développement de granulations à sa surface.

Hydrocéphale aiguë.

Hydrocéphale chronique.

Maladies de la moelle vertébrale et de ses membranes.

Affections aiguës.

Affections chroniques.

Quoique ce cadre soit déjà bien étendu, il serait incomplet, si nous négligions d'étudier l'influence des affections du cerveau et de ses membranes sur la marche et les symptômes des maladies qui affectent les organes contenus dans la poitrine et dans l'abdomen, et réciproquement. Nous devons examiner, par exemple, l'influence des anévrismes du cœur sans rétrécissement de l'orifice aortique sur la production des apoplexies; l'influence plus remarquable, plus féconde en applications pratiques, des affections de la membrane gastro-intestinale et du foie sur le cerveau, et réciproquement; la coïncidence fréquente des inflammations de l'arachnoïde avec celles des autres membranes séreuses, etc.

Il est rare qu'un malade meure d'une affection simple et unique; presque toujours plusieurs organes ont été compromis simultanément ou successivement : alors les symptômes de l'une ou l'autre maladie prédominent, les autres sont fort obscurs, et, dans tous les cas, ces complications influent réciproquement l'une sur l'autre,

de manière à donner à l'ensemble des symptômes, à la marche des maladies, un aspect insolite. Autrefois, dans les ouvertures de corps, on n'examinait guère que l'organe qu'on supposait malade; et quand les altérations ne correspondaient pas exactement aux symptômes, on se contentait de ranger le fait parmi les *anomalies*, ou l'on croyait l'avoir expliqué en l'attribuant à une *idiosyncrasie* particulière, ou mieux encore, on en faisait un être abstrait, existant par lui-même, qu'on appelait maladie *essentielle*. Les progrès des différentes parties de la médecine, l'exactitude qu'on met aujourd'hui dans l'observation des symptômes, l'attention qu'on apporte à l'examen des cadavres, nous ont permis d'apprécier avec plus de précision qu'on n'a pu le faire jusque dans ces derniers temps, l'influence de chacune de ces complications sur la marche et l'ensemble des symptômes; et c'est en cela que les observations particulières que nous avons recueillies auront, j'ose le croire, quelques avantages sur la plupart de celles qu'on trouve dans les auteurs.

Il arrive aussi quelquefois que des maladies qui ont leur siége ailleurs que dans l'encéphale, produisent des phénomènes analogues à ceux de certaines affections cérébrales. Comme je n'ai prétendu créer aucun système, j'ai cherché avant

tout à me garantir de toute opinion exclusive. Ainsi, loin de passer sous silence les faits authentiques qui paraissent jeter de l'obscurité sur le diagnostic de ces mêmes affections, j'ai cru de mon devoir de les rapporter, afin qu'on pût juger jusqu'à quel point il est possible de les distinguer pendant la vie.

Quoique toutes ces observations aient rapport à la pathologie, et que leur arrangement ait un but entièrement pratique, je ne négligerai pas de tirer en même temps parti de plusieurs d'entre elles pour l'examen de quelques points encore obscurs de l'anatomie du cerveau. Ce sont les faits pathologiques qui ont fait découvrir l'entrecroisement de ses fibres à l'origine de la moelle; eux seuls peuvent décider la question de l'entrecroisement des nerfs optiques, etc.

Enfin, ce sont les observations pathologiques qui ont fait apprécier à leur juste valeur les différens systèmes qui ont été émis successivement sur les fonctions des soi-disant glandes pinéale et pituitaire, du cervelet, du corps calleux, des ventricules latéraux, etc.; sur le prétendu siége de l'âme, qu'on a successivement placé dans ces différentes parties. Nous soumettrons aussi, et sans prévention, au creuset de l'observation pathologique, les idées nouvelles des savans que

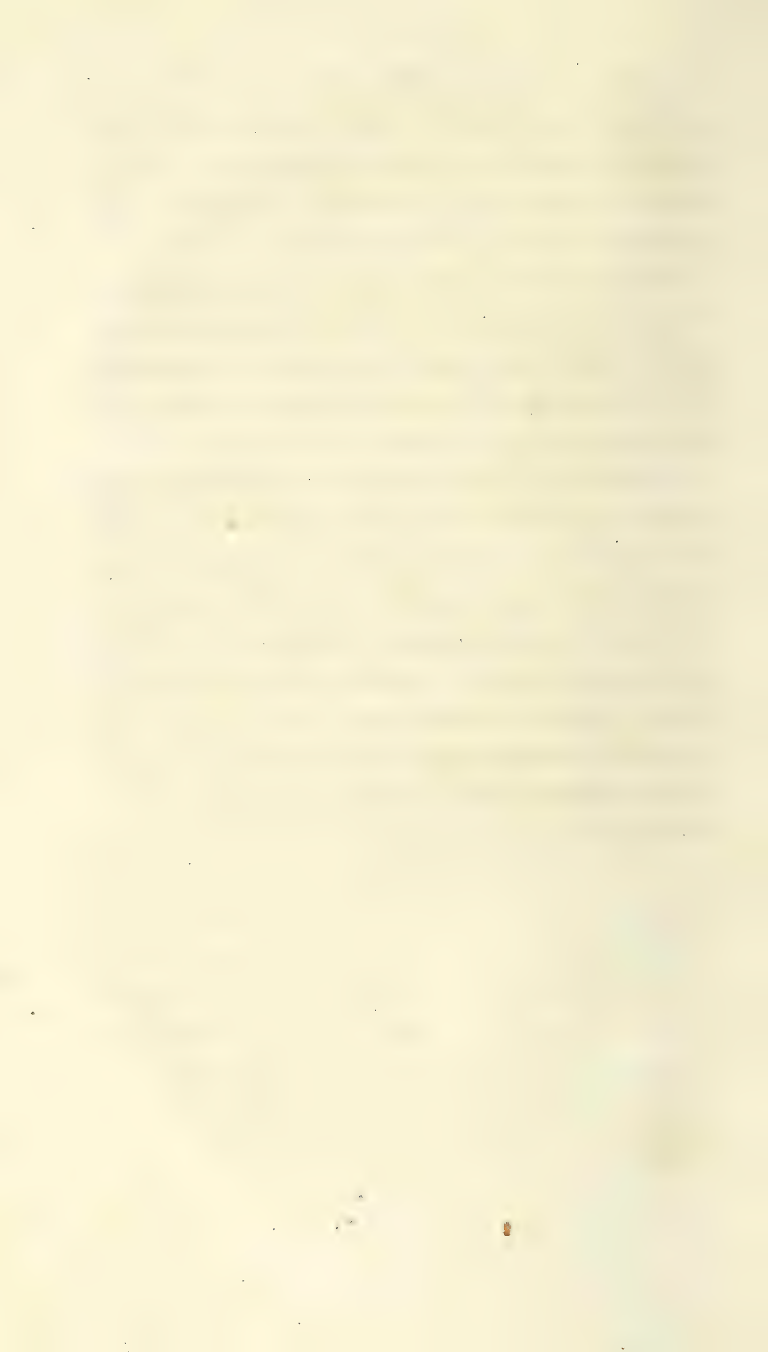
nous avons déjà cités, sur le siége particulier de nos différentes facultés intellectuelles. Je reconnais toute l'importance des recherches d'anatomie comparée pour la solution de cette question aussi délicate que compliquée. Mais il faut convenir que nous ne pouvons soupçonner les impulsions qui déterminent les actions des animaux, que par comparaison; que les différences qu'on observe dans leurs cerveaux ne fournissent que des données générales, que des analogies fort incertaines, qui ont besoin d'être confirmées par des observations directes faites sur l'homme; et la pathologie seule peut nous les fournir.

Tel est le plan que j'ai conçu, et qui est en grande partie exécuté. Mon intention était de ne publier ce travail que quand il serait entièrement terminé; mais différentes raisons m'ont forcé d'en agir autrement. Un pareil ouvrage exige beaucoup de temps et de méditations, et mes occupations ne me permettent plus d'y travailler d'une manière continue : j'ai pensé que je devais diviser ce travail pour le rendre plus facile. En soumettant ainsi successivement au jugement des médecins éclairés différens points de doctrine, j'aurai l'avantage de pouvoir profiter des faits nouveaux, et des réflexions judicieuses que la discussion fera naître. Je n'ai pas commencé par l'apoplexie,

parce que cette maladie étant mieux connue que toutes les autres, je serai compris de tout le monde, quand j'aurai occasion d'en parler, en parlant de celles qui le sont moins.

Une fois décidé sur ce mode de publication, j'ai pensé que la forme de lettres serait plus commode et plus convenable que celle de mémoires ou de chapitres. C'est celle qui prête davantage aux développemens et aux discussions.

J'avoue que c'est la lecture de Morgagni qui m'en a suggéré la pensée; mais cette raison même m'a long-temps arrêté. La forme épistolaire étant inusitée chez nous dans les sciences, on ne manquera pas de me supposer l'intention de singer un homme de génie, peut-être même la prétention de l'égaler. Puisse-t-on n'avoir jamais à me faire de reproches plus mérités! Si j'ai l'espoir d'égaler Morgagni en quelque chose, c'est en exactitude et en bonne foi.



RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES.

LETTRE PREMIÈRE.

Ramollissement du Cerveau avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang, ou bien avec coloration particulière du tissu affecté.

Les premiers praticiens qui, tout récemment, ont décrit cette altération avec soin (MM. Récamier, Bayle et Cayol), l'ont désignée sous le nom de *ramollissement*. Cette expression est consacrée ; elle a le grand avantage de donner une idée exacte de l'état des parties affectées, sans rien préjuger sur la cause ou la nature intime de la maladie : je la conserverai donc. Mais je dois vous prévenir du véritable sens que j'y attache. J'entends par ramollissement du cerveau, une espèce de liquéfaction d'une partie de sa substance, le reste conservant à peu près sa consis-

tance ordinaire. Je dis d'une partie, parce que, quand le cerveau en totalité est ramolli, fût-il réduit en une espèce de bouillie diffluente, nous ne pourrions pas avoir la certitude que cette altération est le résultat d'une affection pathologique. Cette mollesse, en effet, peut dépendre de l'époque à laquelle on examine le cerveau, ou de l'état général des solides au moment de la mort.

Vous savez avec quelle promptitude la pulpe nerveuse de l'encéphale et de la moelle épinière perd sa consistance, surtout dans les temps chauds et humides, et j'ai remarqué qu'en général le cerveau des hydropiques, des phthisiques, des malades en un mot qui avaient souffert pendant long-temps et dont la constitution était détériorée, avait très-peu de consistance. Pour apprécier, sans prévention, le ramollissement pathologique du cerveau, il faut donc pouvoir établir un terme de comparaison entre la consistance de la partie affectée et celle du reste du cerveau; et, pour cela, il faut qu'il existe une différence notable entre elles, c'est-à-dire que le ramollissement soit partiel. Je ne prétends pas par-là qu'un ramollissement général ne puisse être le résultat d'une affection de tout le cerveau; je dis seulement que, dans ce cas, il doit rester trop de doutes dans l'esprit d'un observateur scrupuleux, pour qu'il ose prononcer sans des raisons très-puissantes. C'est ce qui m'a déterminé à retrancher plusieurs observations qui étaient dans ce cas, quoique je les eusse recueillies moi-même.

Les premières observations exactes de ramollissement, qu'on trouve dans les auteurs, sont celles que rapporte Morgagni dans son immortel ouvrage *de Sedibus et causis morborum*, etc..... L'histoire de Jacoba Zanardi, entr'autres, est extrêmement remarquable; c'est par elle que je commencerai.

N° I.

59 ans, paralysie avec roideur convulsive des membres du côté *droit*. Mort au bout de quelques jours. — *Ramollissement de la couche des nerfs optiques à* gauche, *avec injection sanguine*. (Morg. Epist. 5, n° 6.)

« Une femme de Padoue, nommée Jacoba, femme d'Angeli Zanardi, âgée de 59 ans, fut prise de paralysie, à laquelle se joignit une grande fièvre; elle fut apportée à l'hôpital pour ces maladies, et ne survécut que quelques jours. A son arrivée, quoiqu'elle ne pût parler, elle sembla cependant comprendre; car elle présenta son bras sain (c'était le gauche) au médecin pour qu'il lui tâtat le pouls. Les membres du côté droit avaient perdu le sentiment et le mouvement; ils paraissaient, en outre, *contractés comme par convulsion : les deux paupières de l'œil droit étaient rapprochées de la même manière ;* la face était rouge, la déglutition des liquides n'était pas difficile. »

L'autopsie cadavérique, que Morgagni rapporte avec un soin extrême contient des détails que je supprime; comme la présence de treize côtes, la conservation de la chaleur du cadavre, etc. Je noterai seu-

lement que la vessie était dilatée, et offrait des traces d'inflammation : cette circonstance est fort commune dans les affections cérébrales; et nous verrons pourquoi.

« Il sortit, dit Morgagni, beaucoup de sérosité quand on ouvrit le crâne; les vaisseaux de l'arachnoïde étaient gonflés, comme si on les eût injectés de sang noir et peu fluide, semblable à celui qui était contenu dans les autres parties du corps. Sous la même membrane, dans les anfractuosités du cerveau, ainsi que dans les ventricules latéraux, on trouva de l'eau transparente; le cerveau fut examiné sans être extrait du crâne. Quand le plexus choroïde *gauche* fut enlevé; je remarquai que la couche du nerf optique de ce côté n'avait pas, comme l'autre, sa couleur naturelle, mais qu'elle était *brune*. Alors, disséquant le cerveau avec soin, je trouvai le reste de son tissu parfaitement sain; mais la portion qui correspondait au côté externe de la couche du nerf optique *gauche*, dont j'ai parlé, était *extrêmement molle, presque liquide*, et mêlée avec une humeur *sanguinolente*, mais d'une couleur sale; de sorte qu'à cela près de l'odeur forte qui manquait, on aurait cru que cette substance était entiérement *pourie*. Cette altération occupait un peu plus d'espace que n'en pourrait remplir une grosse noix. Cette couleur sanguinolente était beaucoup plus prononcée au centre. L'altération de cette partie du cerveau fut d'autant plus remarquable que dans tous les autres points il était de couleur naturelle, et non-

seulement plus ferme que le cervelet, mais encore d'une dureté extraordinaire, surtout à droite. L'endroit dont j'ai parlé était le seul où il eût cette couleur et cette mollesse *diffluente.* »

§. I. Cette observation est un des exemples les plus frappans de l'attention avec laquelle Morgagni observait, et de la précision qu'il mettait dans ses descriptions. Vous remarquerez que les membres du côté droit qui étaient paralysés, paraissaient en même temps contractés comme par convulsion : *videbantur insuper quasi à convulsione contracti*, ainsi que les paupières du même côté, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas fermées d'une manière passive par la paralysie du releveur de la paupière supérieure, mais par la contraction de l'orbiculaire. Avec un homme comme Morgagni, qui écrit dans une langue dont nous ne pouvons pas imiter la concision, il faut peser chaque expression, et ce n'est pas sans intention qu'il a dit : *Sic* et oculi dextri palpebræ *connivebant.*

§. II. La maladie n'a duré que quelques jours. Il est fâcheux que nous ne sachions au juste combien de jours, car cette circonstance, comme nous le verrons, est loin d'être indifférente : toutefois, nous savons que la mort a été prompte.

§. III. Pour ne laisser aucun doute à ses lecteurs sur la réalité d'un ramollissement maladif, il a eu bien soin de noter qu'il avait disséqué le cerveau en place (c'est-à-dire que son tissu n'a pu être lésé accidentellement, comme cela arrive quelquefois quand

on l'extrait du crâne pour l'examiner); et que l'altération était d'autant plus facile à remarquer, qu'elle contrastait davantage avec le reste du cerveau pour la couleur et pour la consistance.

§. IV. Remarquez aussi que sa description si exacte de l'altération morbide, montre de la tendance à la regarder comme le résultat d'une inflammation, puisqu'il ne lui manquait, dit-il, que la mauvaise odeur pour ressembler entièrement à de la pourriture : *ut nihil, nisi gravis odor deesset ut plane fracidam pronunciares*. Enfin, ce n'est pas par hasard que cette observation se trouve dans la cinquième lettre, qui a pour titre : Apoplexie qui n'est ni sanguine, ni séreuse. Au reste, dans le paragraphe suivant (n° 7), Morgagni exprime clairement sa pensée : « *Apostema sui generis* fuisse hoc, credo; agnoscente etiam Avicenna apoplexiam a *repletione apostemante*. »

J'ai toujours été frappé du sens profond de ces expressions de Morgagni et d'Avicenne : elles méritent une sérieuse attention, parce qu'elles montrent à la fois le fond de leur pensée et l'embarras où ils se sont trouvés pour la rendre. Quand on a vu l'altération dont il s'agit, on en sent facilement toute l'exactitude; mais on ne peut les rendre exactement dans notre langue que par une longue description. La phrase d'Avicenne est ici le meilleur commentaire qu'on puisse donner de celle de Morgagni, et réciproquement. On voit qu'ils ont voulu exprimer un état qui leur semblait tenir également de l'apoplexie et de la suppura-

tion. Nous ne pouvons pas encore examiner cette question ; mais il était naturel de ne pas isoler les réflexions de Morgagni de l'observation qui les a fait naître.

§. V. Enfin, il fait observer que la distension des vaisseaux et l'épanchement de sérosité ont augmenté les effets de cette altération du cerveau, et qu'elle avait précisément son siége dans le lieu où l'on rencontre le plus souvent *les épanchemens sanguins dans les apoplexies*, et du côté opposé à la paralysie.

M. Dan de La Vauterie rapporte plusieurs observations semblables à celles de Morgagni (1).

---

(1) *Dissertation sur l'Apoplexie*; *considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale*, *par P.-A. Dan de la Vauterie. Paris*, 1807, nº 68. Cette thèse est du petit nombre de celles qui méritent d'être distinguées de la foule. Elle contient plusieurs observations intéressantes recueillies par l'auteur, et quelques réflexions qu'il paraît avoir puisées dans les leçons et les conversations particulières d'un praticien (M. Récamier) que j'ai déjà cité, et que je citerai souvent encore, avec éloge, comme un de ceux qui, dans ces derniers temps, se sont occupés avec le plus de zèle et de succès de l'étude des maladies du cerveau. Malheureusement M. Dan de la Vauterie a rapproché des maladies qui n'ont entre elles que des rapports forcés, comme les *commotions*, les *compressions mécaniques*, les *épanchemens séreux*, etc. ; ce qui a jeté de la confusion dans son sujet : mais les observations particulières recueillies avec assez de soin, nous en ferons usage en temps et lieu.

N° 2.

68 ans, légère hémiplégie à *gauche*, avec rigidité dans les muscles. Mort du sixième au septième jour. — *Ramollissement du milieu de l'hémisphère* droit, *avec injection considérable.* (Voyez la Dissert. citée 5.)

« Un homme, âgé de 68 ans, d'un tempérament sanguin et dégénéré, est apporté à l'Hôtel-Dieu, dans un état qui simule une fièvre ataxique; diminution notable des fonctions des sens, délire sourd, sensibilité animale générale conservée, *légère hémiplégie à gauche*, avec *rigidité manifeste dans les muscles ;* respiration et pouls dans l'état naturel. Le malade reste dans cette situation pendant six jours, puis les symptômes s'aggravent ; il tombe dans un état comateux, la respiration devient stertoreuse, et la mort survient.

» *Autop. cadav.* On a trouvé au milieu de l'hémisphère *droit* une portion de la substance médullaire réduite en *putrilage ;* la circonférence de cette espèce de foyer était injectée d'un rouge amaranthe, endurcie, enflammée ; il y avait environ deux cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules. »

§. I. Quoique cette observation laisse à désirer des détails plus étendus, vous y remarquerez cependant la rigidité des muscles paralysés, la mort prompte, et l'altération particulière, qui caractérisent l'observation

précédente. L'expression de *putrilage* revient à celle de Morgagni : *apostema sui generis.*

N° 3.

70 ans, paralysie successive du sentiment et du mouvement du bras droit, avec rigidité, etc. Mort au bout de quelques jours.— *Ramollissement du cerveau à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère* gauche, *avec injection des vaisseaux.* (Dan de La Vauterie, Dissert., etc..... obs. 6).

« Un mendiant, âgé de 70 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un état d'apoplexie faible, après avoir éprouvé pendant quelque temps une *paralysie incomplète du membre thoracique droit :* sens obtus, mouvemens faibles, paresseux, difficiles; affaiblissement de la sensibilité générale, surtout du côté *droit*, qui présente en même temps une *rigidité remarquable dans les muscles fléchisseurs;* tantôt somnolence, tantôt agitation; disposition à pleurer, ou quelquefois à rire. Mêmes symptômes pendant quelques jours, au bout desquels le malade perd le mouvement, la parole, toute espèce de sensibilité, et meurt.

» *Inspection cadavérique.* Substance cérébrale réduite en une espèce de *putrilage* dans l'espace de deux pouces en tous sens, à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau; circonférence de cette portion désorganisée, rouge ou rosée à la profondeur de deux lignes, brune en quelques points. »

§. I. Ici la paralysie est survenue d'une manière

lente et graduée ; mais, comme dans les cas précédens, elle était accompagnée de *contraction des muscles fléchisseurs*, ce qui ne veut pas dire que les extenseurs n'étaient pas contractés, mais qu'étant moins puissans que les fléchisseurs, ceux-ci l'emportaient sur leurs antagonistes. La mort a été prompte. Ainsi les symptômes, la terminaison et l'altération morbide offrent, avec l'observation de Morgagni, une similitude sinon parfaite, au moins aussi grande qu'on peut l'espérer en médecine. Il est inutile de vous dire que l'auteur regarde ces altérations comme le résultat d'une inflammation ; le titre seul de sa thèse le prouve; mais il est bon que vous sachiez que par *apoplexie considérée comme effet d'une phlegmasie*, il n'entend pas désigner un épanchement de sang dans la substance cérébrale, mais bien une paralysie, suite d'inflammation, car apoplexie est toujours pour lui synonyme de paralysie. C'est également dans ce sens qu'il faut entendre les expressions d'Avicenne, *apoplexia a repletione apostemante*. Puisque l'occasion s'en présente, je vous préviens, afin d'éviter par la suite toute équivoque, que le mot apoplexie sera pour moi l'équivalent d'épanchement sanguin produit spontanément dans l'intérieur du crâne, d'hémorrhagie cérébrale, expression que j'emploierai de préférence.

§. II. Une circonstance sur laquelle je dois aussi fixer votre attention, c'est que chez ce dernier malade, la paralysie a été pendant plusieurs jours bornée au bras. Nous verrons par la suite, ainsi que je

l'ai, je crois, noté le premier (*Observations pathologiques propres à éclairer la physiologie*; Paris, 1818, p. 55), que dans les convulsions et les paralysies dépendantes d'une affection cérébrale, les membres supérieurs sont plus promptement et plus fortement affectés que les inférieurs.

Voici une observation analogue que j'ai recueillie à l'Hôtel-Dieu, avec mon ami le docteur Patissier, alors élève interne dans la salle où était la malade.

N° 4.

80 ans, perte de la vue et de l'ouïe, mouvemens convulsifs du membre supérieur droit, avec paralysie du sentiment. Mort au bout de trois jours. — *Ramollissement de l'hémisphère* gauche *du cerveau vers le corps strié*, *infiltration de sang au centre*

Une femme, âgée de 80 ans, éprouvait depuis long-temps du trouble dans les idées, était devenue morose et irascible. Elle entra à l'Hôtel-Dieu pour un embarras gastrique; elle était presque toujours *assoupie*. On lui fit prendre l'émétique, qui dissipa pendant quelques jours ces symptômes; mais ils ne tardèrent pas à reparaître et même à augmenter un peu. Ayant passé plusieurs semaines dans un état stationnaire, tout-à-coup elle perdit la vue et l'ouïe, éprouva des mouvemens convulsifs du membre supérieur *droit*, et tomba ensuite dans une stupeur profonde; bientôt le bras *droit* perdit le mouvement, mais non le sentiment, et les pupilles restèrent immobiles. On employa sans succès les dérivatifs les plus puissans; au bout de

trois jours, la respiration s'embarrassa et la malade mourut.

Autop. cadav. Les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang. Dans l'hémisphère *gauche*, vers le lobe moyen, on trouva un ramollissement de la substance cérébrale : *le corps strié était réduit en bouillie.* Au milieu de cette désorganisation, du sang était épanché ou plutôt infiltré dans la substance cérébrale.

§. I. Vous voyez ici, comme dans l'observation précédente, une marche lente et progressive dans les symptômes, mais encore plus insensible (l'un avait 70 ans, et l'autre 80). Ce n'est qu'après avoir montré pendant quelque temps une irascibilité peu naturelle à son âge, une tendance continuelle au sommeil, qui annonçaient une congestion cérébrale, que la malade perdit tout à coup la vue et l'ouïe, eut des mouvemens convulsifs dn *membre supérieur* seulement (*Voy.* n° 3, §. II), à la suite desquels elle perdit le sentiment. La paralysie était incomplète, aussi le membre inférieur n'y participa-t-il pas.

Ici la paralysie n'était plus accompagnée de contraction des muscles, mais elle avait été précédée de *convulsions.* Si la malade n'eût pas été à l'hôpital et observée avec soin, il est probable qu'on ne les eût pas remarquées. Alors rien n'eût pu faire distinguer cette paralysie de celle que produit l'hémorrhagie cérébrale.

§. II. Vous aurez sans doute remarqué que le siége de la maladie était, comme dans l'observation de

Morgagni (*Voy.* n° 1), précisément dans la partie du cerveau où l'on rencontre le plus souvent les épanchemens sanguins, et qu'enfin au centre de ce ramollissement se trouvait du sang, sinon *épanché*, du moins *infiltré*. N'est-ce pas là une des premières nuances de l'apoplexie?

L'observation suivante offre, quant aux symptômes, une grande analogie avec celle-ci; seulement ils se sont montrés des deux côtés du corps; aussi la maladie occupait-elle les deux côtés du cerveau.

N° 5.

26 ans, céphalalgie intense, sensibilité de la rétine, convulsions, coma. Mort le huitième jour. — *Injection de la substance corticale à la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères, et postérieure du gauche, avec ramollissement.* (Abercombie : the Edimburgh medical and surgical journal. July, 1818. Observations on chronich Inflam... of the brain and its membranes, Obs. 1).

Une femme de 26 ans ayant éprouvé, pendant dix-huit mois, différentes incommodités qui commencèrent par de violentes douleurs de tête, accompagnées de convulsions, fut de nouveau affectée d'une céphalalgie intense, avec fièvre et impossibilité de supporter la lumière; puis de *convulsions*, à la suite desquelles elle tomba dans un état *comateux*, auquel elle succomba environ huit jours après l'apparition des premiers symptômes cérébraux.

La surface du cerveau était, dans plusieurs points, d'un rouge foncé, surtout à la partie antérieure et

supérieure des *deux hémisphères*, et à la partie postérieure du gauche. Cette altération s'étendait, dans plusieurs points, à un pouce de profondeur. Dans ces endroits, la substance cérébrale était *ramollie* ; ses vaisseaux étaient plus développés qu'ailleurs : l'intérieur du cerveau était sain.

§. I. Cette observation laisse désirer bien des détails importans. Par exemple, il est à regretter que l'auteur n'ait pas décrit cet état comateux, dont la durée n'est pas déterminée. A-t-il été accompagné de paralysie des deux côtés du corps, comme cela est probable ? A t-il été continu ou entremêlé de momens lucides et d'exacerbations ? A-t-on observé des soubresauts des tendons, etc. ? Quoi qu'il en soit, les convulsions, la sensibilité de la rétine ont précédé l'état *comateux* ; les symptômes ont dû exister au même degré. Aussi l'auteur ne fait mention d'aucune différence à cet égard.

§. II. Mais ce qu'il est important que vous notiez, c'est que M. Abercrombie rapporte cette observation pour donner une idée de l'état du cerveau pendant la période inflammatoire, c'est-à-dire, avant qu'elle ait pu produire la suppuration. C'est ce qu'indique assez son titre (*The disease fatal in the inflammatory state*), la place qu'elle occupe (elle est la première), et les réflexions générales qui sont à la fin de cet article intéressant, que nous aurons plusieurs fois occasion de citer. N'est-ce pas la même chose que l'*Apostema sui generis* de Morgagni, *Apoplexia a replexione*

apostemante d'Avicenne ? Comparez les descriptions, pesez le choix des expressions, et vous serez bientôt convaincu.

Je vais maintenant vous rapporter une observation dans laquelle l'altération du cerveau occupait aussi les deux côtés, quoique les symptômes ne fussent pas les mêmes à droite et à gauche.

N° 6.

Age très avancé; le quinzième jour, paralysie avec résolution de tout le côté *gauche*, contraction des membres du côté *droit*, avec intermittence, soubresauts des tendons. Mort le vingtième jour. — *Ramollissement très considérable à* droite, *désorganisation du corps strié*, *couleur lie de vin*, *ramollissement moindre à* gauche.

Le 16 janvier..... on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 35, une femme *très-âgée*, qui, au rapport de ceux qui l'avaient accompagnée, était depuis quinze jours sans connaissance et sans mouvement, par suite d'une attaque d'apoplexie (sinap. aux pieds, infus. d'arnica). Le lendemain, un examen plus détaillé fit reconnaître une paralysie de tout le côte *gauche*, avec flaccidité extrême de tous les muscles, mobilité de toutes les articulations. Du côté *droit*, au contraire, la jambe était tellement fléchie, que le talon touchait la fesse; le poignet restait appliqué contre l'épaule; les muscles étaient dans un tel état de contraction, qu'il fût impossible d'étendre les membres ou de les écarter du corps. La face était pâle et

livide, les yeux chassieux, la bouche légèrement déviée à gauche, les lèvres, les dents, la langue extrêmement fuligineuses, le ventre souple, le pouls dur, fréquent, et d'une petitesse extrême, la respiration fréquente et plaintive. Ordinairement assoupie, la malade semblait cependant se réveiller de temps en temps; alors elle poussait quelques cris, recouvrait la connaissance, tirait sa langue et remuait volontairement le bras *droit*. Interrogée sur l'endroit où elle souffrait, elle cherchait à porter la main *droite* au côté *droit* de la tête. *Elle exhalait une odeur de souris très-désagréable.*

Pendant les trois premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, aucun changement remarquable. Le quatrième jour elle perdit entièrement connaissance, sans retours lucides; le pouls devint très-irrégulier; on observa de fréquens soubresauts des tendons à droite et à gauche; tous les symptômes des jours précédens augmentèrent, et la mort survint le cinquième jour, c'est-à-dire le vingtième de la maladie. Le traitement consista en pilules de camphre de trois grains chaque, six par jour, en un julep béchique, avec un gros d'extrait de quinquina.

Autop. cadav. Tête. Toute la surface de l'hémisphère *droit* du cerveau était ramollie, plus profondément vers la partie supérieure et moyenne; la substance blanche était dans l'étendue d'un pouce à peu près dans tous les sens, molle et comme *diffluente* sous le doigt, et sans changement de couleur. Le corps can-

nelé du même côté, était aussi comme décomposé dans une étendue égale, mais réduit à une sorte de putrilage de couleur lie de vin ; cette espèce de foyer n'était pas limité comme les foyers sanguins des apoplexies ; mais la couleur et la consistance de cette substance désorganisée se perdaient d'une manière insensible dans la partie saine du cerveau. L'hémisphère *gauche*, ramolli dans quelques points, était dans le reste parfaitement sain. On ne trouva point d'épanchement dans les ventricules.

Le reste de l'autopsie n'a rien offert de remarquable.

§. I. Cette maladie m'embarrassa beaucoup à cette époque ; et si je n'avais pas confronté mes notes avec celles que l'élève interne de la salle avait recueillies jour par jour, j'aurais cru que je m'étais trompé. En effet, dans tous les cas de ramollissement que j'avais eu occasion d'observer, j'avais remarqué de la roideur dans les membres paralysés ou des contractions spasmodiques intermittentes. Or, chez cette femme, tout le côté gauche était dans un état de flaccidité extrême, tandis que les membres du côté droit étaient très-fortement fléchis ; et, à l'autopsie, non-seulement nous ne trouvâmes pas, comme je le pensais, d'épanchement sanguin à *droite*, mais le cerveau était désorganisé, diffluent dans une grande étendue, et, du côté *gauche*, quelques points seulement étaient ramollis et à un degré moindre. Plus tard, d'autres faits m'expliquèrent cette espèce d'anomalie.

Rappelez--vous que cette femme ne fut apportée à

l'Hotel-Dieu que le quinzième jour, c'est-à-dire, à une époque déjà très-avancée de la maladie. Tout porte à croire qu'elle avait commencé par le côté droit du cerveau, puisqu'il était beaucoup plus mou et dans une plus grande étendue qu'à gauche. Or, nous avons déjà vu (Obs. n°s 4 et 5), et nous aurons souvent l'occasion de faire cette remarque, que la rigidité, les contractions spasmodiques, les mouvemens convulsifs, irréguliers, cessent à une certaine époque, pour faire place à une flaccidité complète et permanente. C'est pourquoi nous avons trouvé le côté gauche du corps dans un état de flaccidité qui nous a fait croire à un épanchement de sang du côté droit du cerveau; mais il est probable que si nous avions pu avoir des renseignemens exacts sur le commencement de la maladie, nous aurions été tirés de notre erreur. Dans l'hémisphère gauche, au contraire, la maladie était peu avancée, et le côté droit du corps a offert les symptômes qu'on rencontre dans la première période de l'inflammation.

§. II. Je vous ai fait observer que le malade qui fait le sujet de l'observation n° 3 avait eu des alternatives de somnolence et d'agitation : cette femme a offert le même phénomène d'une manière bien plus tranchée; et, ce qui est fort remarquable, elle poussait des cris aigus, et portait sa main droite au côté droit du crâne, c'est-à-dire vers la partie où nous avons trouvé la plus grande altération. Enfin, ces intermittences lucides ont été remplacés par des accès de soubresauts dans

les tendons. Tous ces symptômes avaient plus de rapport avec une inflammation du cerveau qu'avec une apoplexie.

§. III. J'arrêterai encore votre attention sur une circonstance que vous n'aurez peut-être pas remarquée. Le corps cannelé du côté droit, ramolli, désorganisé, était de couleur lie de vin ; le centre ovale de Vieussens, qui avait subi la même altération, avait cependant conservé sa couleur naturelle. D'où vient cette différence ? C'est ce que nous ne pouvons pas encore examiner ; mais, en attendant, il est bon que vous notiez que le corps cannelé est en grande partie composé de substance grise, reçoit un grand nombre de vaisseaux volumineux, est enfin, avec la couche optique, le siége le plus fréquent des hémorrhagies cérébrales, tandis que le centre ovale, composé de substance blanche, n'offre pas les mêmes particularités.

N° 7.

54 ans, cécité, paralysie successive de la langue, qui se dévie à droite, puis du mouvement des membres du même côté, puis de la sensibilité, enfin strabisme. Mort le douzième jour. — *Deux épanchemens sanguins à la partie antérieure externe de l'hémisphère* gauche; *ramollissement de la substance cérébrale environnante, granulations à la surface des ventricules.*

La nommée Mouton (Julie), âgée de cinquante-quatre ans, d'une constitution sèche, jouissant habituelle-

ment d'une bonne santé, avait depuis quelque temps perdu la vue, au point de ne pas distinguer les objets les plus rapprochés, quoique les yeux fussent très-beaux. Le 1er novembre 1817, elle perdit tout à coup l'usage de la parole, et vint à l'Hôtel Dieu quatre jours après. Ceux qui l'accompagnaient ne purent donner aucun détail satisfaisant sur les circonstances qui avaient précédé son entrée à l'hôpital. Elle entendait parfaitement ce qu'on lui disait; mais quand elle voulait répondre, elle ne rendait que des sons inarticulés, un bruit confus semblable à celui que produisent les sourds-muets ; en même temps elle gesticulait avec beaucoup de vivacité, s'impatientait bientôt quand on ne la comprenait pas, montrait du doigt sa langue, levait les épaules et s'enfonçait sous sa couverture. Sa gaîté n'était cependant pas altérée, car elle riait de tout. Les mouvemens de la langue étaient faciles ; mais en sortant de la bouche, sa pointe se déviait un peu à *droite*. Les mouvemens des membres avaient conservé toute leur force et leur vivacité; la peau n'avait rien perdu de sa sensibilité. Le pouls était petit, faible, assez fréquent, irrégulier et variable d'un instant à l'autre. Le 5 novembre, cinquième jour de la maladie (quatre sangsues derrière chaque oreille, camomille ; le soir, vésicatoire à la nuque), point de changement notable. Le sixième et le septième, même état. (Sinapisme au mollet.) Le huitième, lavement laxatif : dans la journée, elle prononce quelques monosyllabes, tels que *oui*, *non*.

Le neuvieme, paralysie complète du mouvement de tout le côté droit sans roideur; sensibilité obtuse de la peau, pâleur de la face, distorsion de la bouche entraînée à gauche, renversement des yeux. (Saignée d'une palette et demie environ.) Le dixième, insensibilité complète de la peau du côté paralysé, strabisme. (Camomille, limonade, lavement laxatif.) Le onzième, même état. (Même prescription, de plus sinapismes aux mollets.) Le douzième, mort.

Autopsie cadavérique. Tête. Les vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde étaient très-injectés; l'arachnoïde était soulevée par de la sérosité infiltrée entre elle et la pie-mère. Ces membranes ayant été enlevées en grande partie, on incisa dans tous les sens la protubérance cérébrale et les prolongemens antérieurs et postérieurs, sans rencontrer ni épanchement de sang ni altération de la substance cérébrale. On n'observa non plus rien de remarquable dans le cervelet ni dans l'hémisphère droit du cerveau; mais, à gauche, la pie-mère était adhérente, dans une étendue de trois à quatre pouces, à la surface du cerveau dans la partie antérieure et externe du lobe antérieur. Quand on voulut la détacher, on enleva une partie de la substance corticale: Vis-à-vis de cette adhérence, le cerveau était entièrement ramolli; au milieu de cette espèce de bouillie, près des circonvolutions cérébrales, existaient deux épanchemens de sang du volume d'un pois. La substance cérébrale environnante était ramollie jusqu'au milieu du centre ovale de Vieussens, où elle

était jaunâtre. Ce ramollissement avait environ trois pouces et demi d'étendue. Les ventricules latéraux ne contenaient pas beaucoup de sérosité; mais l'arachnoïde qui les tapisse était couverte de granulations fines.

Poitrine. Rien de remarquable que des mucosités puriformes dans les dernières ramifications des bronches.

Abdomen. Estomac d'un rouge noirâtre dans les deux tiers de son étendue du côté du pylore; plissé sur lui-même et granuleux à sa surface muqueuse. Vésicule biliaire très-petite et très-épaisse, ne contenant que des mucosités et beaucoup de calculs. Un d'eux, renfermé dans le canal cystique, le bouchait exactement et était enveloppé d'une espèce de kyste.

§. I. Chez cette femme, la paralysie n'était pas accompagnée de roideur, de convulsions, de soubresauts, etc.; mais elle a offert un phénomène bien remarquable, que nous ne trouverons aussi bien caractérisé dans aucune autre observation; je veux parler du développement lent, graduel, successif et régulier de cette même paralysie. En effet, cette femme perdit d'abord la vue, et quelques jours après la parole : cependant elle remuait encore facilement la langue; mais sa pointe, en sortant de la bouche, se déviait un peu à droite, ce qui annonçait que c'était le côté droit qui était paralysé (1). Le huitième jour, léger retour de la

---

(1) Quand une paralysie, quelle qu'en soit la cause, affecte une moitié de la tête, les lèvres sont tirées du côté sain par les

parole; le neuvième, paralysie complète du mouvement du côté droit; le dixième, insensibilité complète de la peau. Cette succession progressive des symptômes ne s'observe pas dans les hémorrhagies cérébrales; elles produisent aussi rarement le renversement des yeux, le strabisme.

§. II. Remarquez que ce ramollissement, accompagné d'injection sanguine et même de léger épanchement de sang, avait, comme dans les cas précédens, son siége dans la substance grise; remarquez aussi que la surface du cerveau était adhérente à la pie-mère et à l'arachnoïde; ce qui indique, comme nous le verrons, une inflammation.

---

zigomatiques, à cause de la paralysie de leurs antagonistes; et la pointe de la langue, en sortant de la bouche, se dévie du côté paralysé : ce qui paraît d'abord singulier, quoique très facile à concevoir. En effet, quelle est la puissance qui tire la langue hors de la bouche? C'est la portion postérieure du génio-glosse, dont le point fixe s'insére à l'apophyse géni, et le point mobile à la base de la langue. Quand cette partie du muscle entre en action, ses deux extrémités se rapprochent, la base de la langue est tirée vers l'insertion fixe. Si cette insertion est à droite de la ligne médiane, la base de la langue sera tirée en avant et à droite, et sa pointe, par conséquent, en avant et à gauche. Mais lorsque le malade remue la pointe de la langue, c'est toujours du côté sain qu'elle s'incline ou se dévie. C'est par un mécanisme analogue que la face est aussi tournée du côté paralysé, par la contraction du sterno-mastoïdien sain : il est trop connu pour que j'en donne l'explication.

§. III. Nous n'avons rien trouvé qui nous explique d'une manière satisfaisante la paralysie des deux yeux. Seulement l'altération de l'arachnoïde des ventricules annonce une maladie chronique de cette membrane; et, quoiqu'on n'ait pas trouvé d'épanchement considérable, il est possible qu'il y ait eu pendant la vie une quantité de sérosité assez grande dans les ventricules pour comprimer les nerfs optiques, et qu'elle ait été absorbée à une certaine époque, ou se soit échappée pendant l'ouverture du crâne. Il est vrai que cette hypothèse ne s'accorde pas avec la vivacité, la gaîté même de cette femme, la mobilité de ses traits, l'intégrité de son intelligence : aussi je vous l'abandonne pour ce qu'elle vaut, sans y attacher la moindre importance.

Quant à la perte de la parole, il est évident que c'était le premier symptôme de la paralysie, qui a successivement envahi tout le côté droit : en effet, c'était aussi le côté droit de la langue qui était paralysé, et il n'existait qu'un seul ramollissement, occupant l'hémisphère opposé du cerveau.

§. IV. L'état de la vésicule biliaire chez cette femme prouve qu'il n'existe pas de vaisseaux *hépato-cystiques*, comme on l'a cru long-temps.

N° 8.

54 ans, faiblesse, céphalalgie, engourdissement général, convulsions des bras, puis paralysie à *droite*, douleur violente des membres paralysés. Mort le douzième jour. — *Méningite chronique, ramollissement du cerveau vers la partie supérieure du lobe moyen* gauche; *au centre, épanchechement de sang.*

Vailbain, veuve, âgée de cinquante-quatre ans, avait dans l'espace de dix ans éprouvé beaucoup de malheurs et de chagrins domestiques, à la suite desquels se manifestèrent du trouble dans les fonctions intellectuelles, un état de faiblesse et d'abattement général, des douleurs de tête presque habituelles. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 72, le.... 1816, les traits portaient l'empreinte de la tristesse; elle se tenait presque toujours sur son séant, parce que ses douleurs de tête augmentaient lorsqu'elle se couchait horizontalement; la respiration était extrêmement difficile; le pouls irrégulier présentait, après trois pulsations, deux intermittences de suite; les mouvemens de la langue étaient embarrassés avec bégayement; les forces musculaires étaient diminuées, les membres engourdis, les jambes et les pieds infiltrés. De temps en temps, les bras étaient agités de mouvemens convulsifs légers, avec soubresauts dans les tendons. Peu à peu, les mouvemens devinrent plus difficiles, surtout du *côté droit*, dont la sensibilité di-

minuée était remplacée par un sentiment de formication. Enfin tout à coup, pendant la nuit, un mois environ après son entrée, la paralysie du côté *droit* devint complète, à cela près d'un reste de sensibilité dans la *jambe*. La bouche était tirée à gauche; le bégayement était augmenté au point qu'on ne comprenait plus rien de ce que la malade voulait dire ; elle ne pouvait même faire sortir sa langue.

On employa, pendant plusieurs jours, saignées, sinapismes, vésicatoires, lavemens purgatifs, émétique, etc., le tout sans succès. Huit à dix jours après, elle éprouva dans tout le côté paralysé des *douleurs violentes* qui lui arrachaient des cris et des gémissemens continuels : quand on essayait de mouvoir les membres, on éprouvait une certaine résistance, une sorte de roideur des articulations, et les douleurs devenaient excessives.

Le onzième jour, depuis l'attaque de la nuit, la respiration devint stertoreuse, la face cadavéreuse, la peau froide, la roideur des membres paralysés excessive : enfin la mort arriva le lendemain.

Autopsie cadavérique. Les membranes arachnoïde et pie-mère étaient très-injectées et séparées l'une de l'autre par une espèce de gelée tremblante, épaisse d'une demi-ligne dans certains endroits, assez semblable à celle qu'on trouve quelquefois sous l'épiderme en levant un vésicatoire. J'enlevai ces membranes avec la plus grande facilité, sans les rompre; mais, vers la partie supérieure du lobe moyen *gauche*, j'entraînai

avec l'arachnoïde une portion de la substance cérébrale adhérente à la pie-mère dans l'étendue de deux pouces dans tous les sens; les circonvolutions cérébrales correspondantes étaient affaissées et tout-à-fait ramollies jusqu'à un pouce et demi de profondeur. Cette mollesse était d'autant plus remarquable, que je n'ai jamais vu de cerveau plus consistant. Au centre de cette substance grisâtre et comme diffluente, était une espèce de foyer du volume d'une noisette, d'un brun foncé, formé par du sang en partie épanché, en partie infiltré et mêlé à la substance cérébrale.

§. I. Vous avez dû remarquer que les symptômes propres au ramollissement avaient été précédés pendant long-temps d'une série de phénomènes que nous verrons plus tard caractériser les inflammations chroniques de l'arachnoïde. Je ne les examinerai pas ici; mais, si vous jetez les yeux sur le commencement de l'observation, vous verrez que ce n'est qu'environ un mois après le commencement de la maladie, que les symptômes de ramollissement ont commencé à se manifester par la paralysie du côté droit, la jambe conservant toujours un reste de sensibilité. (*Voyez* n° 3, §. II.)

A l'ouverture du corps, nous trouvons une grande quantité de sérosité comme gélatineuse sous l'arachnoïde; cette membrane est très-résistante, ce qui indique une affection chronique. Il existe une espèce de caillot sanguin du volume d'une noisette

seulement (la paralysie de la jambe n'était pas complète) dans la substance grise du cerveau.

Huit à dix jours après l'attaque de la nuit, douleurs violentes dans les membres paralysés, cris et gémissemens, bientôt roideur des membres, qui augmente jusqu'à la mort; et nous trouvons autour du caillot la substance cérébrale tout-à-fait ramollie et adhérente à la pie-mère.

N'est-il pas très-probable que l'inflnmmation chronique de l'arachnoïde, en entretenant une congestion habituelle vers cette membrane, a fini par déterminer, dans une de ces congestions plus fortes que les précédentes, un commencement d'hémorrhagie dans un point de la substance cérébrale, immédiatement en contact avec elle, et que la présence du sang et la proximité de l'arachnoïde enflammée, ont fini par amener l'inflammation, le ramollissement de la substance cérébrale? Les faits nous apprendront bientôt jusqu'à quel point cette explication est fondée. En attendant, rappelez-vous que jusqu'à présent nous avons vu les symptômes d'irritation précéder ceux de collapsus, tandis qu'ici le contraire a eu lieu. L'observation a beaucoup d'analogie avec celle que vous venez de lire.

N° 9.

17 ans, contusion à la tempe droite; quinze jours après, céphalalgie, faiblesse, douleurs des membres, affaiblissement de l'intelligence; un mois et demi après, paralysie du côté droit, avec sensibilité augmentée; enfin, paralysie subite du côté gauche, perte de sensibilité. — *Épanchement de sérosité dans le ventricule latéral* gauche, *traces d'inflammation de l'arachnoïde. Ramollissement et suppuration de la substance cérébrale correspondante*; *sang dans le ventricule* droit *et dans la substance cérébrale du même côté.* (Dan de la Vauterie, Dissert., etc. Obs. 11.)

« Un jeune homme de dix-sept ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, reçut, vers la fin du mois de juin 1806, un coup de pierre à la tempe droite, qui lui fit répandre beaucoup de sang; un peu avant la mi-juillet, il commença à se plaindre de céphalalgie, de faiblesse et de douleurs dans les membres; ses facultés morales s'affaiblirent d'une manière notable : il ne pouvait plus s'habiller lui-même, tant les mouvemens étaient pénibles.

Le 17 août, tandis que sa mère l'habillait, il perdit tout d'un coup la parole et la faculté de mouvoir les deux membres du côté droit. Il répondait par signes aux questions qu'on lui faisait. Les pupilles étaient dilatées; les membres paralysés conservaient beaucoup de sensibilité, étaient même *douloureux au toucher*; le pouls était fréquent; il y avait le soir une exacerbation marquée. C'est dans cet état qu'il fut apporté à

l'Hôtel-Dieu le 19 août. Les jours suivans, les membres droits s'infiltrèrent d'une manière remarquable. Enfin, dans la soirée du 30, il fut brusquement jeté dans un état comateux par une nouvelle attaque d'apoplexie, dans laquelle il perdit la faculté de mouvoir les membres du côté gauche; il ne donna plus de signes de sensibilité. La respiration devint stertoreuse, et il mourut le lendemain matin.

» *Autop.* Trois cuillerées de sérosité sanguinolente dans le ventricule latéral gauche, quelques points de rougeur manifeste à l'arachnoïde sur la partie antérieure des couches optiques et des corps cannelés; en arrière, la surface interne du même ventricule était comme contuse en plusieurs endroits. Au-dessous de la partie antérieure de cette cavité, la substance cérébrale était d'un *rouge amaranthe* dans l'étendue d'un pouce et demi en long et en large jusqu'à l'infundibilum, la selle turcique et le tissu cellulaire de la pie-mère environnante; le centre de cette partie était *ramolli et à moitié réduit en pus.* Dans le ventricule droit, il y avait deux ou trois cuillerées de sang caillé noirâtre. Au-dessous et en arrière de ce ventricule, se trouvait, dans la substance cérébrale, un caillot de sang noir, gros comme le tiers du poing; il y avait du sang infiltré autour et en dehors de la gaîne que la dure-mère fournit au prolongement rachidien dans la partie supérieure du canal du même nom. »

§. I. Cette observation est fort remarquable sous plusieurs rapports. Nous voyons ici une contusion du cerveau produite par contre-coup; c'est la

tempe droite qui a été frappée, c'est la paroi externe du ventricule latéral gauche qui a été désorganisée. Cette contusion a déterminé après quinze jours des symptômes d'inflammation de cet organe. Au bout d'un mois et demi, la faiblesse des mouvemens se change en paralysie complète du côté droit; *avec augmentation de la sensibilité et même douleur à la pression.* Nous trouvons la paroi du ventricule gauche d'un rouge amaranthe, ramollie et à moitié réduite *en pus.* Cette altération ressemble donc parfaitement à celle que nous venons de rapporter, et nous ne pouvons pas douter qu'elle ne soit le résultat d'une inflammation. Si vous comparez cette observation à la précédente, vous serez frappé de la ressemblance qu'elles ont jusqu'ici entre elles : même début, même marche, même sensibilité augmentée dans le bras paralysé. Chez l'un et chez l'autre, inflammation de l'arachnoïde, même aspect de l'altération du cerveau : il est donc probable que, dans le premier cas comme dans le second, elle était aussi due à une inflammation.

Treize jours plus tard, la moitié *gauche* du corps est tout à coup paralysée aussi ; mais le malade perd toute sensibilité , et, du côté *droit* du cerveau, nous trouvons un épanchement sanguin qui explique la seconde paralysie. Nous pouvons donc observer sur le même individu le ramollissement et l'apoplexie qu'il eût été possible de distinguer, pendant la vie , par des symptômes caractéristiques.

§. II. La congestion qui a causé l'hémorrhagie céré-

brale a sans doute été provoquée par l'inflammation voisine; et ce qui le prouve, c'est l'exhalation sanguine qui a eu lieu simultanément à lasurface de la membrane séreuse des ventricules.

L'observation suivante du même auteur a encore plus de rapport avec celle du n° 8.

N° 10.

62 ans, paralysie du bras *gauche*, avec rigidité des fléchisseurs, douleurs, etc. Un mois après, même état de la jambe *gauche*, délire sourd. Mort au bout de deux mois.— *Épanchement de sang au centre de l'hémisphère* droit, *inflammation et suppuration des parois du foyer.* (Dan de la Vauterie, Dissert., etc. Obs. 8.)

« Augrement, âgé de 62 ans, d'un tempérament bilieux-sanguin dégénéré, après avoir éprouvé pendant quatre ans des douleurs gravatives vers l'occiput, accompagnées quelquefois de vertiges, ses hémorroïdes ayant moins flué, tomba dans un état d'apoplexie faible : cataphora, sens obtus, perte presque totale de la mémoire, embarras de la parole, coucher en supination, paralysiedumembre thorachique *gauche*, avec *rigidité très-prononcée des muscles fléchisseurs*, *et douleurs aiguës, accompagnées de picotemens qui augmentent lorsqu'on presse ou qu'on essaie de remuer le bras,* et paraissent avoir leur siége dans les muscles.

» Augmentation de la céphalalgie, langue sèche et brune, haleine et sueurs fétides, pouls petit, fré-

quent, respiration naturelle. Pendant un mois, point de changement; alors même état du membre abdominal *gauche* que du membre thoracique (c'est-à-dire, insensibilité de la peau, immobilité, rigidité, avec douleurs aiguës et picotemens dans l'épaisseur des muscles). Vers la fin du second mois, coma profond, aphonie, délire sourd, respiration stertoreuse, mort.

« *Autop. cadav.* A peu près deux cuillerées de sang caillé au centre de l'hémisphère droit du cerveau; parois du foyer enduites, à leur surface interne, d'une matière *puriforme*, rouges et enflammées, jusqu'à la profondeur de deux ou trois pouces en tout sens. »

§. I. Les symptômes, précurseurs de cette apoplexie, sont assez remarquables pour être notés. Pendant quatre ans, douleurs gravatives, vertiges; diminution d'un flux périodique habituel qui paraît décider l'affection cérébrale imminente depuis si long-temps.

§. II. Remarquez que le bras gauche seul a été paralysé. (*Voy.* n° 3, §. II); que cette paralysie était accompagnée exactement des mêmes symptômes que dans les deux observations précédentes, mais ils durèrent bien plus long-temps, puisque ce n'est qu'un mois après que la jambe fut affectée de la même manière; aussi, à l'autopsie, ce ne fut pas seulement un ramollissement qu'on trouva autour du caillot, ce fut du véritable pus. Il est à regretter qu'il ne soit pas fait mention du traitement, ni de l'examen des autres organes; que nous ne sachions pas à quelle époque de la para-

lysie ont commencé à se développer les symptômes d'inflammation.

J'aurais pu rapporter ici un assez grand nombre d'observations semblables, mais elles trouveront mieux leur place parmi les hémorrhagies cérébrales. J'ai choisi celle-ci de préférence, parce qu'elle appartient au même auteur que la précédente.

N° II.

70 ans, paralysie de la langue et de la moitié *droite* du corps, conservation d'un peu de sensibilité, faiblesse du bras *gauche*, ensuite roideur des membres à *droite*, convulsions des muscles de la face, du sterno-mastoïdien *gauche* et du *droit* alternativement. Mort le huitième jour. — *Épanchement sanguin à la surface supérieure des deux hémisphères; à la partie antérieure de l'hémisphère* gauche, *deux petits caillots dans la substance grise; ramollissement de la partie postérieure du ventricule du même côté.*

M. W....., âgé de 70 ans, d'une constitution délicate, est apporté à l'Hôtel-Dieu, salle de la Crèche, n° 55, le 4 novembre 1815. On ne peut rien apprendre de ceux qui l'accompagnent, sinon qu'on présume qu'il a reçu quelque coup, et que depuis quatre jours il est dans l'état où nous le voyons, sans qu'on ait employé pour l'en tirer aucun moyen un peu actif. Le malade voit et entend très-bien; mais il fait de vains efforts pour répondre, et ne rend que des sons inarticulés; sa langue, qu'il tire avec difficulté,

est légèrement déviée à *droite*, la commissure des lèvres est un peu tirée à *gauche*, la bouche est presque toujours en mouvement, le membre supérieur droit est immobile et insensible, excepté à la partie *externe et inférieure de l'avant-bras*; la cuisse et la jambe sont aussi immobiles, mais la peau de la *jambe* a conservé plus de sensibilité que celle de l'avant-bras, *les muscles du bras gauche ont perdu de leur énergie;* du reste, pouls à peu près naturel, toux légère. (Décoct. de café, six gros dans une infusion de sureau; arnica mêlée avec acétate d'ammon., deux onces, et sirop de quinquina; douze sangsues derrière les oreilles.) Le soir on remarque de la *roideur dans les membres paralysés, surtout lorsqu'on veut les étendre.*

Le 6 novembre, cinquième jour de l'invasion, le malade paraît ne plus entendre, et la vue est presque entièrement perdue; le bras *droit* est tout-à-fait insensible. Pendant la nuit, on commence à remarquer, dans les muscles de la face, de légers mouvemens convulsifs, qui augmentent le matin; ils ne durent qu'un instant et reviennent chaque cinq minutes environ, en commençant par les muscles surciliers, puis gagnant les paupières, tous les muscles de la face, les lèvres, enfin le sterno-mastoïdien *gauche* : alors la tête est tournée à droite, la bouche tirée à gauche, et les yeux immobiles et insensibles à la lumière se dirigent à droite pendant toute la durée de l'accès; la respiration est très-laborieuse, l'inspiration surtout exige de grands efforts musculaires, ce qui paraît tenir à un spasme du larynx, coïncidant avec la contraction des

muscles et du cou. Le malade semble alors menacé d'asphyxie. Quelquefois le paroxisme commence par le muscle sterno-mastoïdien *droit*, la face se tourne tout à coup à gauche, puis entre en convulsion. (Valeriane sauvage avec sirop de quinquina, deux onces; douze pilules de camphre de deux grains chaque; décoct. d'arnica.)

Le 7 et le 8 novembre, les convulsions continuent de la même manière, mais un peu moins fortes : même prescription. Il se joint aux autres symptômes une roideur comme tétanique du cou, qui maintient la tête fortement renversée en arrière. Mort dans la journée du 8, septième jour de la maladie.

Autopsie cadavérique. Tête. La surface supérieure des deux hémisphères du cerveau est recouverte d'un épanchement sanguin assez considérable. A la partie antérieure de l'hémisphère *gauche*, du sang est épanché dans la substance grise du cerveau, et forme deux caillots séparés, chacun du volume d'une aveline. Autour de chaque caillot, la substance cérébrale est fort injectée, pénétrée de sang comme infiltré. A la partie postérieure du ventricule *gauche*, la pulpe cérébrale est ramollie, réduite en une espèce de bouillie presque diffluente sous le scalpel; ses parois sont même détruites dans plusieurs points comme par *suppuration*, de manière à laisser une cavité en forme de ventricule accidentel. On n'observe rien de remarquable dans les autres cavités.

§. I. Les détails minutieux qui semblent surcharger

inutilement cette observation, sont cependant indispensables. Rapprochons, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, les symptômes et les altérations trouvées à l'ouverture du corps. La langue se dévie à *droite*, le côté *droit* paralysé conserve un peu de sensibilité, surtout la *jambe* (*Voyez* n° 3, §. II). La cause de la paralysie n'est donc pas très-puissante. Or nous trouvons dans l'hémisphère gauche deux caillots séparés du volume d'une aveline. Les muscles du bras gauche ont seuls perdu de leur énergie, ce qui suppose une cause de paralysie encore moins forte que la précédente : du sang est épanché à la surface de l'arachnoïde des deux côtés : c'est donc à l'épanchement du côté droit qu'il faut attribuer la faiblesse du bras gauche. Traitement tonique et stimulant très énergique, roideur dans les membres paralysés, c'est-à-dire à *droite*, et en même temps augmentation de la paralysie, puis convulsions de la face, du cou, etc., par accès comme épileptiques. Tous ces symptômes annoncent une inflammation consécutive de la pulpe cérébrale. Aussi, après la mort, avons-nous rencontré un ramollissement considérable de la partie postérieure des parois du ventricule gauche avec commencement de suppuration.

§. II. Les symptômes nerveux ou d'irritation revenaient par accès de courte durée, comme dans les observations 3, 6 et 8, pour faire place au collapsus : mais ces accès ont présenté un phénomène particulier. Dans le principe, le sterno-mastoïdien gauche, con-

tracté convulsivement, tournait la tête à droite; plus tard, il est arrivé quelquefois tout le contraire. Enfin la tête a été fortement renversée en arrière comme dans l'opisthotonos. Mais remarquez bien que la maladie occupait en partie le milieu du cerveau, puisque c'étaient les parois du ventricule latéral gauche qui étaient ramollies, et qu'il n'est guère possible de supposer que le ventricule droit, qui n'est séparé du gauche que par le septum lucidum, n'ait pas participé plus ou moins à l'inflammation, puisque le septum lucidum lui-même était affecté.

§. III. Je vous ai déjà laissé entrevoir ce que je pensais des effets du traitement; ce que j'aurais à en dire est trop clair pour avoir besoin d'explication. Vous voyez que cette observation si compliquée, examinée avec un peu d'attention, ne présente rien que nous n'ayons remarqué dans les cas plus simples qui précèdent.

N° 12.

54 ans, plusieurs efforts apoplectiques avortés, étourdissemens, engourdissement du côté *droit*. Le lendemain, paralysie complète. pouls plein, résistant (plusieurs émétiques), agitation considérable, déviation de la face du côté sain, roideur du bras paralysé, mouvemens involontaires de l'autre (toniques), fièvre, chaleur à la peau, collapsus. Mort le treizième jour. — *Méningite, infiltration de sang dans le corps strié du côté* gauche, *ramollissement du centre ovale de Vieussens sans injection sanguine*,

infiltration de sang dans quelques points des poumons, hypersarcose du cœur, ossification des artères, gastro-enterite.

Une femme, âgée de soixante ans environ, d'une maigreur extrême, après avoir éprouvé plusieurs attaques d'apoplexie sur lesquelles on ne donne que des renseignemens très-vagues, ressent, le 17 décembre 1817, des *étourdissemens avec obscurcissement de la vue, faiblesse et engourdissement des membres du côté droit*, et entre le 20 à l'Hôtel-Dieu, salle du Rosaire, n° 20, à peu près dans le même état. Les membres ont conservé leurs mouvemens, seulement le *bras droit est un peu engourdi, et la main ne peut pas serrer aussi fortement que la gauche.* La parole est un peu embarrassée, comme dans un commencement d'ivresse; la bouche légèrement déviée à *gauche*, le pouls fort, plein et lent. Une saignée me semble indiquée, je la prescris; mais elle n'est point pratiquée, à cause de l'extrême maigreur de la malade.

Le lendemain matin à la visite, côté *droit* du corps privé de sentiment et de mouvement, fonctions intellectuelles profondément altérées, bouche tirée à *gauche*, œil droit insensible à l'action de la lumière. La *jambe* seulement a conservé un peu de sensibilité et de mouvement. Figure affaissée, pouls cependant plein et régulier (eau de veau, émétique deux grains, potion calmante, sinap.). L'émétique produit des vomissemens abandans de bile verte, et point de selles. Dans la journée, *agitation considérable;* plusieurs

fois la malade essaye de sortir de son lit. Le soir, la figure est plus animée, la bouche plus déviée que le matin. Le 22 matin, face altérée, jaunâtre, mêmes symptômes. (Huit sangsues derrière chaque oreille, eau de veau, émétique deux grains, serum avec sulfate de soude ℥ iij, chiendent rabel.) Point de vomissement, deux selles, face plus animée, exacerbation le soir.

Le 23 matin, la tête est tournée à gauche, c'est-à-dire, du côté sain, et ne peut être maintenue dans aucune autre position; roideur du sterno-mastoïdien droit; la figure paraît affaissée. (Décoct. de quinquina avec eau de rabel, julep avec extrait de quinquina, ℥ j.) *Agitation pendant toute la journée.* Le soir, visage très-rouge, œil droit à demi fermé, larmoyant, respiration un peu accélérée, pouls concentré, un peu fréquent; langue rouge, peau brûlante; le bras gauche change à chaque instant de place, et se porte toujours vers la tête; *le bras paralysé n'est plus si flasque que les premiers jours.*

Le 24 au matin, état de stupeur; les *membres paralysés ont une certaine roideur.* On ne peut les mouvoir sans efforts. (Même prescription que la veille.) Le soir, on remarque de l'*écume sur les lèvres*; à chaque expiration, l'air remplit la bouche et distend les joues, surtout celle du côté paralysé. On applique des vésicatoires aux jambes.

Le 27, la stupeur est un peu moins grande; du reste, mêmes symptômes, mêmes prescriptions.

Le 28, la stupeur augmente, le pouls est intermittent; point de changement dans les autres symptô-

mes. (Lavemens fortement purgatifs; point de selles.)

Le 29 et jours suivans, il survient du gonflement à l'une des parotides, sur laquelle on applique un vésicatoire sans résultat avantageux; les symptômes précédens s'aggravent, et la malade dépérit de jour en jour : enfin, elle meurt le 3 octobre, treize jours après le début des premiers symptômes.

Autop. cadav. Le crâne étant enlevé, on trouve la dure-mère très-rouge et comme injectée; les vaisseaux de l'arachnoïde sont aussi très-développés; cette membrane est séparée de la pie-mère par une grande quantité de sérosité. Tout l'hémisphère droit est parfaitement sain et consistant; la surface de l'hémisphère *gauche* est également très-ferme; mais la portion de substance blanche, désignée sous le nom de centre ovale de Vieussens, est entièrement ramollie, diffluente comme de la bouillie. Au milieu du corps strié du même côté, existe un épanchement, ou, pour parler plus exactement, une infiltration de sang dans la substance grise, en forme de noyau; car le sang paraît moins épanché que combiné, ou mêlé avec la substance cérébrale; l'espace occupé par cette espèce d'épanchement peut avoir un pouce et demi dans tous les sens. La substance blanche, dite centre ovale, est d'autant plus ramollie, qu'on l'examine plus près du foyer sanguin; mais elle est restée blanche, il n'est pas possible de confondre ces deux altérations. L'arachnoïde du ventricule latéral gauche, qui recouvre le corps strié et la couche

des nerfs optiques est épaissie; cependant ce ventricule ne contient, ainsi que le droit, que peu de sérosité.

Toutes les artères du cerveau sont ossifiées; il n'y a plus que les petits rameaux qui soient encore souples.

Poitrine. Les poumons sont sains, excepté dans une étendue de quelques pouces, où leur parenchyme est infiltré de sang et très-compacte. Le cœur a conservé ses dimensions naturelles; mais le ventricule gauche est saillant et arrondi, et sa cavité est extrêmement petite, à cause de la grande épaisseur des parois, qui forment les trois quarts de la substance charnue du cœur. L'oreillette et le ventricule droit sont amincis et dilatés, pleins de caillots très denses et blancs au centre. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont en partie ossifiées, mais encore mobiles. L'aorte est dilatée vers sa courbure, et ossifiée partout; des plaques osseuses, irrégulières, soulèvent sa membrane interne; quelques-unes même sont à nu, et font saillie dans la cavité de l'artère. La membrane moyenne est très-épaisse, mais comme terreuse, facile à déchirer dans tous les sens; dans plusieurs endroits on voit des espèces d'ulcères sanieux, inégaux; les plus grands, de six à huit lignes de diamètre, ont presque perforé les parois de l'artère; dans plusieurs endroits il ne reste plus qu'un tissu cellulaire très mince, comme dans les ulcérations des intestins, dont le fond est formé par le péritoine. C'est la dégénérescence des membranes,

moyenne et interne, en une espèce de boue grisâtre, que Scarpa a si bien décrite sous le nom expressif d'*altération terreuse*. La cavité de l'aorte, vers sa terminaison, est rétrécie par les plaques osseuses qui rendent sa surface toute rugueuse. Toutes les artères des membres sont aussi ossifiées.

Abdomen. L'estomac est fort rétréci, plissé sur lui-même, très rouge, et granuleux à sa surface muqueuse; la même altération existe à la surface des intestins grêles, mais va en diminuant depuis l'estomac jusqu'au cœcum; les gros intestins sont moins rouges, et pleins de matières fécales durcies. La vésicule biliaire est pleine d'une bile épaisse, d'un vert noirâtre.

§. I. Les artères des membres, de la tête et du tronc étaient ossifiées, l'aorte profondément altérée, sa courbure dilatée, les valvules sigmoïdes libres, quoiqu'un peu altérées; la cavité du ventricule gauche très petite, mais les parois du double plus épaisses qu'à l'ordinaire; les oreillettes amincies et dilatées. Que faut-il en conclure? Que cette ossification presque générale étant un obstacle à la circulation du sang artériel, a obligé le cœur à des efforts plus considérables, qui, par la suite, ont déterminé l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule gauche. La dilatation des oreillettes est encore un résultat et une preuve de l'embarras de la circulation. De cette hypersarcose du cœur est résultée une impulsion plus forte du sang artériel, dont l'effet sur le cerveau a dû être d'autant plus

énergique que l'orifice ventriculo-aortique était parfaitement libre ; et j'en donnerai pour preuve la dilatation de la crosse de l'aorte, et l'état remarquable du pouls de la malade à son arrivée à l'hôpital. De là donc les fréquentes attaques d'apoplexie qu'elle avait, dit-on, éprouvées, et qui n'étaient probablement que des congestions plus ou moins énergiques, puisque nous n'en avons pas trouvé de traces à l'autopsie. De là les étourdissemens habituels, avec obscurcissement de la vue, faiblesse et engourdissement des membres (1).

---

(1) Nous verrons plus tard, en parlant des apoplexies, l'influence qu'a sur la production de ces maladies l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule gauche. En attendant, je ne puis mieux faire que de vous renvoyer à un excellent article du Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales (juillet 1819, page 17), dans lequel mon ancien collègue à l'Hôtel-Dieu, et mon ami, le docteur Bricheteau, a traité ce sujet avec son talent accoutumé. Je dois cependant vous faire observer par anticipation qu'il a négligé la circonstance la plus importante. Dans les observations qu'il rapporte, ainsi que dans celles que j'ai lues ou que j'ai recueillies, il n'est pas fait mention de rétrécissement de l'ouverture ventriculo-aortique, qui est la cause la plus commune des anévrismes du cœur ; et vous concevez facilement que quand l'obstacle qui produit le développement du ventricule gauche est situé à l'ouverture de l'aorte, l'augmentation d'énergie de ses contractions est employé à vaincre cette résistance, et ne peut plus communiquer au sang poussé vers le cerveau une impulsion très-forte. C'est donc seulement quand la cause de l'hypersarcose du cœur ne se trouve pas entre l'origine des artères carotides et le cœur, qu'elle peut produire des congestions cé-

A l'arrivée de la malade, symptômes d'apoplexie imminente. Une saignée prescrite n'est point exécutée. Le lendemain, paralysie complète du côté droit. A l'autopsie, nous trouvons, au milieu du corps strié gauche, une altération qui tient autant de l'injection vasculaire que de l'épanchement de sang proprement dit; c'était un *commencement* d'hémorrhagie : aussi la jambe avait conservé de la sensibilité et du mouvement. (*Voy.* Obs. n° 3, §. II.) Et remarquez que nous trouvons une altération tout-à-fait de même nature dans plusieurs points du parenchyme des poumons. Malgré l'état du pouls, point de saignée, émétique. Agitation considérable, congestion sanguine vers la tête, augmentation de la paralysie. Emétique, purgatifs, etc. La tête se tourne du côté sain par la contraction spasmodique du sterno-mastoïdien du côté paralysé ; premier symptôme nerveux, qui annonce un commencement d'inflammation autour du foyer sanguin. (*Voy.* les Obs. 9, 10 et 11.) Traitement tonique et stimulant, roideur de plus en plus considérable des membres paralysés : ramollissement très-étendu du cerveau autour du foyer sanguin.

---

rébrales : et précisément, dans ces cas, on n'observe ordinairement ni la coloration bleuâtre des lèvres et des joues, ni l'infiltration des membres, etc.; symptômes qui dépendent de la stase du sang veineux, et qu'on a donnés comme pathognomoniques des anévrismes du cœur. Aussi cette variété de la maladie n'est-elle presque jamais soupçonnée pendant la vie ; c'est donc une distinction essentielle à établir.

§. II. Enfin vous avez sans doute remarqué l'agitation singulière du bras non paralysé, suivie le lendemain d'un peu d'écume à la bouche; et vous en voyez la cause dans les traces bien évidentes d'une inflammation de l'arachnoïde, dont les effets n'ont pu être apparens que du côté du corps non paralysé.

§. III. Mais ce n'est pas tout encore. Après l'administration de deux émétiques et de plusieurs purgatifs, qui n'ont produit que peu d'évacuations, la langue est devenue rouge, la peau brûlante, le pouls fréquent; on a donné des toniques, qui ont été suivis d'excitation, puis de stupeur. Vous trouverez la cause de ces nouveaux symptômes dans l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Il me semble que ce rapprochement entre les symptômes et les altérations pathologiques, quoique fait d'une manière rapide, suffit cependant pour vous montrer l'analogie que cette observation peut avoir avec les quatre précédentes, et surtout avec la dernière. A travers toutes les complications qui la rendent, au premier coup-d'œil, si entortillée, vous pourrez, je crois, suivre, sans trop d'efforts, l'enchaînement remarquable des causes et des effets.

Avant d'en finir, je dois vous rappeler que c'était encore dans le corps strié qu'avait lieu l'épanchement ou l'infiltration du sang, tandis que la substance blanche environnante également ramollie avait conservé sa couleur naturelle. (*Voy.* les Observ. 4, 5, et surtout 6.)

N° 13.

54 ans, constitution apoplectique, dysmenorrhée, congestions cérébrales fréquentes, coup de sang. Trois ans après, violente attaque, état comateux, paralysie de l'œil *gauche*, avec contraction, commencement de paralysie du côté *droit*, symptômes d'anévrisme du cœur, saignée suivie de convulsions des membres à *droite* et de la face à *gauche*, retour de ces accès épileptiformes. Mort le quatrième jour. — *Anévrisme du cœur et de la crosse de l'aorte*, *méningite*, *ramollissement brunâtre de la couche-optique* droite, *du corps strié* gauche, *et de la protubérance annulaire du même côté.*

Anne Benoît, âgée de cinquante-quatre ans, d'une constitution forte et pléthorique, ayant, avec une taille petite, beaucoup d'embonpoint, un col court et volumineux, était habituellement peu réglée, quoique d'un tempérament sanguin. A chaque époque menstruelle, elle éprouvait des vertiges, des éblouissemens, et ses règles s'établissaient difficilement. En 1814, à l'âge de cinquante et un ans, elle éprouva une congestion cérébrale plus forte qu'à l'ordinaire, pendant laquelle tout semblait tourner autour d'elle, et tout ce qu'elle voyait lui semblait coloré en rouge. Ces symptômes, qui paraissaient avoir été fort graves, puisqu'on assurait qu'elle avait eu une forte attaque d'apoplexie, se dissipèrent cependant spontanément et en peu de temps, sans laisser de traces de paralysie ; ce qui prouve que ce n'était qu'une congestion très-forte. La malade ne fit rien pour prévenir des accidens plus graves. Les éblouissemens devinrent plus fréquens,

et bientôt elle n'osa plus se baisser, sans risquer de tomber.

Le 27 novembre 1817, elle eut une congestion plus forte, pendant laquelle elle éprouva un sentiment de suffocation imminente, des tintemens d'oreille, et perdit connaissance pendant quelques instans. Un médecin appelé ordonna douze sangsues à la vulve, et des médicamens dits anti-spasmodiques; le tout sans aucun soulagement.

Le lendemain, 28 novembre, elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle du Rosaire, n° 37. Je la trouvai dans un état comateux profond, les yeux fermés; mais avec cette différence que, quand on excitait la malade, elle ouvrait l'œil droit, tandis que le *gauche* restait fermé; elle répondait difficilement; la langue semblait embarrassée, comme dans un commencement d'ivresse. Cependant il était facile de comprendre qu'elle se plaignait d'un engourdissement dans les membres du côté droit, et de s'assurer qu'ils avaient perdu de leur force musculaire et de leur sensibilité.

Le col et la face étaient dans un état de turgescence; les vaisseaux des joues, des lèvres, de la langue et de la conjonctive, remplis de sang noir, donnaient à ces parties une couleur bleuâtre ou violacée. Les veines jugulaires externes distendues avaient le volume du doigt; à chaque contraction du cœur, on voyait distinctivement la veine se gonfler, puis s'affaisser ensuite pendant la diastole. Ces mouvemens ondulatoires s'étendaient jusqu'à la base du crâne; ils n'étaient pas sensibles au tact. Le pouls était faible, d'une irrégularité

dont il n'est pas possible de donner une idée; les battemens du cœur offraient les mêmes irrégularités, mais ils étaient vifs et brusques, et d'une force d'autant plus remarquable, qu'elle contrastait avec l'état du pouls. Ils se faisaient sentir dans une grande étendue, surtout dans la région épigastrique. On voyait les parois abdominales soulevées d'une manière tumultueuse.

Jamais saignée ne me parut indiquée d'une maniere plus positive, plus urgente; et je me décidai a ouvrir la jugulaire, parce qu'elle était si tendue, qu'il me suffît, d'appliquer le doigt au-dessous pour arrêter le sang et tendre la peau. Aucun bandage circulaire ne fut donc appliqué autour du cou. L'incîsion de la veine fut faite largement; le sang fut lancé à une grande distance, et jusqu'à la fin il sortit par jets intermittens, tellement distincts et isochrones aux pulsations des artères, que, si je n'eusse été rassuré par sa couleur noire foncée, j'aurais cru, avec tous les élèves présens, que j'avais lésé quelque artère. A mesure que le sang coulait, la face perdait sa couleur violette; elle finit par pâlir tout-à-fait. Les mouvemens du cœur étaient toujours irréguliers, tumultueux; mais ils devenait plus forts et plus distincts; le pouls restait le même. En un instant, cinq palettes furent remplies : ainsi la déplétion fut grande et rapide. Au moment où j'arrêtais le sang, il survint des mouvemens convulsifs très-forts dans les membres du côté *droit* et dans les muscles de la face du côté *gauche;* les paupières étaient écartées, les yeux renversés et diver-

gens. La face, de pâle, devint rosée, puis rouge, mais non violette comme avant la saignée. Pendant un quart d'heure, les convulsions furent si violentes, que je ne pus arrêter l'écoulement du sang qu'en maintenant le doigt sur la plaie. Quand elles furent passées, j'eus encore bien de la peine à m'en rendre maître, parce que je ne voulais pas appliquer de bande autour du cou. J'y parvins cependant, en maintenant sur la plaie, au moyen de bandelettes agglutinatives, un épais tampon d'agaric. Peu de temps après la saignée, les mouvemens du cœur devinrent plus réguliers, et la respiration plus facile.

Le 29, troisieme jour de la maladie, paralysie complète du bras *droit* et de l'œil *gauche*. L'œil droit reste habituellement fermé, sans être paralysé; serrement des mâchoires, accès convulsifs, épileptiformes, semblables à celui qui s'est manifesté après la saignée. Ces accès se renouvellent plusieurs fois dans la journée; la malade ne répond plus. Du reste, la coloration de la face, les mouvemens du cœur, l'état de la respiration, sont revenus comme la veille avant la phlébotomie. (Saignée du pied, deux palettes, limon. citr., eau de menthe.) Le soir, mémes symptômes; de plus, on remarque que la moindre pression snr la région épigastrique détermine le retour des mouvemens convulsifs. La peau est sèche et chaude.

Le quataième jour, face livide, lèvres noires, respiration stertoreuse, pouls à peine sensible, battemens du cœur réguliers, abolition complète de l'entendement et du sentiment, constipation, rétention d'urine.

(Gomme citrique, deux pots; douze pillules de camphre; sinapismes.) Le soir, la surface du corps est froide, le pouls insensible, et cependant les battemens du cœur s'étendent presque jusqu'à l'ombilic; respiration précipitée, bouche écumeuse. Mort à neuf heures du soir.

Autopsie cadavérique. L'arachnoïde est épaisse, rouge, injectée. J'ai pu l'enlever de chaque côté, dans presque toute son étendue, sans la rompre; après avoir été bien lavée, elle a paru tout-à-fait opaque. La portion de cette membrane qui recouvrait la dure-mère des fosses occipitales, était fortement colorée par le grand développement des vaisseaux qui formaient à sa surface une espèce de réseau membraneux; les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang.

Ramollissement brunâtre de la partie centrale de la couche des nerfs optiques droite, dans une étendue d'environ un demi-pouce; vis-à-vis de ce ramollissement, on trouvait à la surface de la même couche, dans le ventricule latéral droit, une espèce de couenne molle, fausse membrane récente, de la largeur de cinq à six lignes, qui, de là adhérait à la surface correspondante du septum lucidum. Au côté gauche, plusieurs points du corps strié et de la protubérance annulaire offraient aussi un ramollissement.

Poitrine. Les poumons étaient sains; le ventricule gauche du cœur, très-épais, avait peu de capacité. On ne trouva point de rétrécissement à l'orifice aortique. Au-dessus des valvules sigmoïdes, commençait une dilatation de l'aorte, qui s'étendait jusqu'au-des-

sous de sa courbure, et formait une cavité capable de recevoir les deux poings ; un caillot fort épais et ancien remplissait presque toute la poche ; les membranes interne et moyenne étaient épaissies, et contenaient entre elles de larges plaques osseuses ; l'orifice des artères sous-clavières était en partie osseux, déformé, rétréci ; celui des carotides n'offrait rien de particulier. Le ventricule et l'oreillette droite contenaient beaucoup de sang en caillot, très-dense. L'aorte contenait aussi de longs caillots : il en était de même de toutes les grosses artères ; la plupart étaient à moitié ossifiées.

§. I. Vous voyez que cette observation a beaucoup d'analogie avec la précédente; elle en diffère par quelques circonstances dont vous saisirez très-facilement la cause. Dans l'observation précédente, le pouls était très-fort, et les battemens du cœur n'offraient rien de remarquable ; dans celle-ci, au contraire, quoique le pouls fût très-faible, les battemens du cœur étaient violens et tumultueux. Chez la première malade, la face était naturelle ; chez la seconde, elle était violacée ; le sang était refoulé dans les veines jugulaires. A quoi tiennent ces différences? Remarquez d'abord que, dans le dernier cas, l'orifice des artères sous-clavières étant déformé, rétréci, ne permettait le passage que d'une quantité de sang insuffisante pour distendre les parois de l'artère ; de là la faiblesse du pouls : l'ossification de la plus grande partie des artères avait produit, non-seulement comme dans le cas précédent, une dilatation de la crosse de l'aorte, mais encore une poche anévrismale très-

vaste (1). Cette cavité était en grande partie pleine de caillots anciens. Ces obstacles à la circulation étaient assez puissans pour retarder le passage du sang par le ventricule gauche, les poumons, le ventricule droit, et l'oreillette droite, et son retour par les veines : de là la coloration de la face, etc., etc. Mais, direz-vous, comment se fait-il que cette femme ait éprouvé, comme la première, des congestions cérébrales continuelles, des espèces d'attaques d'apoplexie? C'est que l'orifice des artères carotides était libre; ceci n'est donc pas en contradiction avec ce que j'ai dit dans la note de l'observation précédente.

Faisons maintenant abstraction des symptômes d'anévrisme. La malade, à son arrivée, était dans un état comateux profond ; les deux yeux étaient fermés, mais elle pouvait ouvrir le droit (*Voy.* l'Observ. de Morgagni, n° 1); le gauche était donc déjà paralysé, et, plus tard, ce fut de ce côté de la face que se manifestèrent les convulsions. Les membres du côté droit étaient en partie paralysés ; plus tard, le bras droit le devint complétement, mais pas la jambe (*V.* n° 3, §. II); et ce côté du corps éprouva seul des convulsions. A ces accès convulsifs se joignit un resserrement des mâchoires. Tous ces symptômes ne permettaient pas de confondre cette maladie avec une hémor-

---

(1) J'ai disséqué avec soin les parois de cette poche, et j'ai retrouvé partout les trois membranes de l'artère ; c'était donc un véritable anévrisme par dilatation.

rhagie cérébrale, et l'ouverture du cadavre nous montra à quoi tenait cette espèce de croisement dans les symptômes. Le ramollissement de la couche des nerfs optiques droite explique d'une manière satisfaisante la paralysie de l'œil gauche avec contraction des paupières (1), ainsi que les convulsions de ce côté de la face ; comme le ramollissement du corps strié et de la protubérance annulaire du côté gauche explique les mêmes symptômes observés à droite.

Ainsi, tout ce que cette observation semblait avoir d'extraordinaire, disparaît ; nous n'y trouvons rien que nous n'ayons observé isolément dans les autres. Tout ce qu'on appelle *anomalies* rentrerait dans la série des phénomènes ordinaires, si nous connaissions toutes les conditions des problèmes à résoudre.

Vous avez remarqué sans doute que vis-à-vis de la couche des nerfs optiques ramollie, se trouvait, à la surface de la membrane séreuse du ventricule correspondant, une fausse membrane récente de la même étendue que la portion du cerveau ramollie, qui, par son intermédiaire, adhérait au septum lucidum. Or, toutes les productions de cette nature sont le résultat d'une inflammation. Il est donc très-probable, pour ne pas dire certain, que ce ramollissement a été lui-même produit par une inflammation.

---

(1) Quoique les nerfs optiques prolongent leur origine jusqu'aux corps quadrijumaux, ils reçoivent en passant, sur la couche des nerfs optiques, des filets de substance blanche qui augmentent leur volume.

N° 14.

60 ans, paralysie subite du côté *gauche* : par accès, strabisme; flexion des membres paralysés, légère amélioration, symptômes adynamiques, odeur de souris, mouvemens continuels du bras *droit*, soubresauts des tendons. Mort le douzième jour. — *Injection considérable des vaisseaux du cerveau et de ses membranes*, *ramollissement du corps strié* droit, *de couleur grise au centre.*

Berthur (Marie), couturière, âgée de soixante ans, d'une constitution molle et lymphatique, fut prise tout à coup de paralysie du côté gauche, et apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, trois jours après. (11 juin 1816). Je ne pus obtenir aucun renseignement sur son compte.

Toute la moitié *gauche* du corps avait perdu le sentiment et le mouvement; la bouche était légèrement déviée à *droite*; la pointe de la langue, en sortant de la bouche, se tournait à *gauche ;* elle prononçait assez distinctement certains mots, mais bientôt elle bégayait, on ne l'entendait plus. Les yeux étaient ordinairement fixes; mais de temps en temps ils devenaient très-mobiles, se dirigeaient dans des sens différens, puis restaient quelque temps immobiles, mais fortement divergens. Pendant ce temps-là, les membres du côté *gauche* étaient légérement *fléchis et contractés.* Ces espèces d'accès ne duraient qu'un instant, mais revenaient au bout d'une heure ou deux : l'âge de la malade et l'état de faiblesse apparente où elle se trouvait, empêchèrent d'employer la saignée. (Deux vésicatoires, l'un

sur la hanche et l'autre sur l'épaule du côté paralysé, tisane sudorifique avec acétate d'ammoniaque.

Le lendemain, point de changement : même prescription.

Le troisième jour de son entrée, sixième de la maladie, la parole est un peu plus libre; du reste, même état. (Vin de quinquina, eau de veau avec sulfate de soude, ℥ *ij*, lavement purgatif.)

Le quatrième jour, même prescription, même état.

Le cinquième, aux symptômes précédens se joignent ceux d'*adynamie* commençante. (On ajoute à la prescription de la veille des sinapismes aux pieds.)

Le sixième jour, les symptômes d'*adynamie* augmentent; il s'y joint une odeur de souris bien prononcée. (Même prescription, nouveaux sinapismes.)

Le septième, la poitrine s'embarrasse; les membres du côté *droit* sont agités de mouvemens involontaires; les mouvemens des yeux, avec strabisme et la roideur des membres du côté *gauche*, se renouvellent toujours de temps en temps.

Le huitième jour, augmentation de la gêne de la respiration et des symptômes *adynamiques* ; mouvement continuel du bras droit, soubresauts des tendons du même côté.

Mort le 20 juin, neuvième jour de son entrée, douzième de la maladie. On a continué jusqu'à la fin le traitement tonique et dérivatif.

Autopsie cadavérique. Tête. Le cerveau était d'une petitesse extraordinaire; les vaisseaux de toutes les mem-

branes étaient gorgés de sang. Il en était de même de ceux qui pénètrent dans le cerveau : aussi les méninges et la substance cérébrale étaient très-rouges. Dans le corps strié du côté *droit*, existait une espèce de foyer d'environ un pouce d'étendue dans tous les sens, contenant une substance de consistance de bouillie épaisse, d'un gris foncé au centre, d'un jaune verdâtre vers la circonférence. J'ai dit une espèce de foyer, parce que, pour parler exactement, il n'existait pas de démarcation sensible entre la partie du cerveau malade et celle qui était saine. L'altération de la consistance et de la couleur se perdait d'une manière insensible; la substance cérébrale n'était pas détruite, mais seulement comme pénétrée de pus; le reste du cerveau était ferme.

La membrane muqueuse gastro-intestinale était beaucoup plus rouge que de coutume. Je n'ai pas ouvert la poitrine.

§. I. Cette observation ressemble aux précédentes sous beaucoup de rapports; elle en diffère sous quelques autres. Chez cette malade, la paralysie est survenue tout à coup; les membres étaient habituellement flasques, et jusque là rien ne peut faire distinguer cette maladie d'une hémorrhagie cérébrale. Mais de temps en temps nous voyons paraître des symptômes spasmodiques, pendant lesquels les yeux sont très-mobiles, divergens; les membres paralysés se contractent; et, un instant après, ces légers accès convulsifs disparaissent, tout retombe dans l'affaissement. Vous voyez par-là combien il eût été facile de ne pas remarquer ces circonstances en apparence peu importantes, de confondre

par conséquent ce ramollissement avec une apoplexie, combien l'étude des maladies du cerveau exige d'attention dans les plus petits détails.

§. II. On n'ose pas avoir recours à la saignée; on emploie à l'intérieur les purgatifs, les toniques, les stimulans diffusibles : point d'évacuation, léger amendement pendant deux jours. Le cinquième, symptômes d'*adynamie* commençante, qui augmentent les jours suivans. A l'autopsie, rougeur considérable de la membrane muqueuse gastro-intestinale, indice non équivoque de la phlogose qui avait existé pendant la vie. (*Voy*. Obs. 12, §. III.)

§. III. Aux symptômes précédens se joint, le septième jour, une agitation insolite des membres du côté droit (non paralysé); le huitième, mouvement continuel, soubresauts des tendons, toujours du même côté. Or, remarquez bien que ces symptômes étaient continus, et que, pendant ce temps-là, la roideur du côté gauche paralysé, le strabisme, revenaient comme auparavant par accès très-courts, suivis de collapsus. Ce n'était donc pas probablement la même cause qui produisait ces deux ordres de symptômes, qu'il ne faut pas confondre. En effet, nous voyons d'une part le corps strié *droit* réduit en une espèce de bouillie *grisâtre au centre*, etc.; ce qui explique suffitamment les symptômes observés à gauche. D'un autre côté, l'injection des vaisseaux de l'arachnoïde, de la dure-mère et du cerveau, indique une congestion produite par une inflammation, ou au moins une forte excitation de ces organes : ce qui ex-

plique les mouvemens continuels, les soubresauts des tendons, observés du côté droit. Mais, direz-vous, cette injection étant la même à droite et à gauche, pourquoi les deux côtés du corps n'ont-ils pas éprouvé les mêmes phénomènes? C'est que le côté gauche était paralysé par la désorganisation profonde d'une partie de l'hémisphère droit. (*Voy.* Obs. 12, §. II.)

§. IV. Nous avons dit que la substance cérébrale désorganisée était comme infiltrée de pus; ce qui, joint à l'injection considérable de tous les vaisseaux, prouvera suffisamment que cette altération était le résultat d'une inflammation.

§. V. Remarquez que la portion du cerveau ramollie, qui était d'un gris foncé, occupait précisément le corps strié; tandis que la circonférence qui correspondait à la substance blanche environnante, était d'un jaune verdâtre.

§. VI. L'odeur de souris est un symptôme très-fréquent daus les affections cérébrales. Je ne me souviens pas d'avoir vu guérir un seul des malades chez lesquels je l'ai observée. (*Voy.* l'Obs. n° 6.)

Pour procéder, autant que possible, du simple au composé, je vous ai rapporté d'abord des observations claires, exemptes de complication; puis successivement d'autres de plus en plus compliquées, qui avaient besoin d'une analyse minutieuse, fondée sur des faits antérieurs: mais au moins, dans toutes nous avons rencontré des symptômes particuliers qu'on n'observe pas dans les apoplexies, dont on eût par conséquent

pu les distinguer pendant la vie. Cependant, comme je ne cherche pas des faits pour appuyer des idées conçues *à priori*, mais que tous mes efforts tendent seulement à n'en déduire que des conséquences rigoureuses, je dois vous faire connaître également les observations dans lesquelles ces symptômes ont été très-obscurs, ou ont manqué tout-à-fait. Comme elles sont peu nombreuses, je les citerai tout entières, afin que vous puissiez mieux les apprécier. Je commencerai par une observation du docteur Rochoux, auquel nous devons un des meilleurs ouvrages qui ait paru sur l'Apoplexie.

N° 15.

61 ans, pendant six mois, étourdissemens continuels ; perte de la vue de l'œil *droit*, embarras dans la parole ; un mois après, nouvelle attaque, paralysie à *gauche*. Mort dix-sept jours environ après. — *Ramollissement grisâtre*, *espèce d'érosion du corps strié* droit. (Rochoux, Recherches sur l'Apoplexie, page 176.)

« Fauché (Anne), âgée de soixante-un ans, d'Argenteuil (Yonne), jardinière, d'un tempérament bilieux sanguin, d'un embompoint ordinaire, était sujette, depuis cinq ou six mois, à des étourdissemens qui quelquefois étaient assez forts pour l'obliger de s'arrêter dans les rues, et de s'asseoir en attendant qu'ils fussent passés; cependant ils ne lui avaient jamais fait perdre connaissance, et elle avait toujours continué ses occupations ordinaires. Le 25 novembre 1812, un étourdissement plus fort que les autres la

priva de connaissance pendant un temps que je n'ai pu connaître; revenue de cet état, elle se trouva avoir perdu *la vue de l'œil droit*, et conserva, à la suite de cet accident, un embarras très-grand dans la parole, qui se dissipa graduellement. Vers la fin de décembre, elle perdit de nouveau connaissance; et quand elle revint à elle, elle se sentit paralysée *du côté gauche.* Depuis cette époque, elle avait gardé le lit, mangeant et buvant comme à son ordinaire; mais habituellement plongée dans l'assoupissement, et ne montrant pas beaucoup de suite dans ses idées.

»Quoiqu'elle n'éprouvât pas d'accident remarquable, cependant elle s'affaiblissait chaque jour. Voici dans quel état elle entra à la maison de santé, le 11 janvier 1813 : Pouls peu fréquent, nulle douleur, appétit, ventre assez libre, tendance à l'assoupissement, hémiplégie du côté gauche, réponses lentes et peu suivies. (Jul. éther. orang. vésicat. nuq.)

»Le 13 (tart. stib., gr. iv., orang.), plusieurs selles dans la journée.

»Le 14, assoupissement plus fort qu'à l'ordinaire, diminution des forces, assez bon appétit. (Jul., éther., orang., vésicat. jamb.)

»Les 15 et 16, les forces baissent, perte de l'appétit. (Même prescript.)

»Le 17, mort après une agonie courte et paisible.

»*Ouverture du cadavre. Habitude extérieure.* Rien de remarquable.

»*Crâne.* Le corps strié droit présentait, dans ses deux

tiers antérieurs, une espèce d'érosion d'un pouce environ de surface, d'une demi-ligne d'épaisseur, qui, depuis la partie interne, s'étendait jusqu'au lieu de sa réunion avec le corps calleux. Toute sa masse, excepté dans une ligne ou deux d'épaisseur, du côté du ventricule, était molle, *grisâtre*, avait entièrement perdu sa disposition en stries, et s'enlevait en ratissant avec le manche du scalpel, comme une espèce de pulpe. Tout autour de cette désorganisation, dans une étendue de cinq ou six lignes, la portion de l'hémisphère continue était légèrement jaune, au moins aussi molle, et ne ressemblait plus à la substance médullaire dans son état d'intégrité. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain et d'une assez grande fermeté. Je n'ai pu trouver, ni dans les nerfs optiques, ni dans leurs couches, rien qui expliquât la cécité de l'œil droit. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité; rien n'indiquait qu'il y eût eu un épanchement de sang dans l'une ou l'autre de ces cavités.

» *Poitrine et abdomen.* Les organes de ces cavités n'offraient aucune altération. »

§. I. M. Rochoux, en observateur scrupuleux, a eu soin d'avertir, dans une note, que les détails historiques lui avaient été transmis par la malade elle-même, à une époque où ses idées n'étaient rien moins que suivies, et qu'il n'oserait en garantir l'exactitude. D'après cet avertissement important, il est impossible d'affirmer que cette maladie n'a présenté

dans son cours aucun symptôme qui aurait pu la faire distinguer d'une hémorrhagie cérébrale.

Ici, comme dans plusieurs des observations précédentes, le corps strié était *grisâtre*, et la substance blanche de l'hémisphère du même côté était légèrement jaune.

N° 16.

50 ans : le deuxième jour, paralysie *des deux côtés*, avec flaccidité des membres ; contraction de la pupille. Mort le troisième. — *Injection considérable des vaisseaux des méninges, ramollissement grisâtre de la surface* des deux hémisphères, *espèce de putrilage*, *épanchement de quelques gouttes de sang.* (Bricheteau, Journal complément. du Dictionnaire des Sciences médicales, 4e cahier, 1818, page 303.)

« Un homme, âgé d'environ cinquante ans, d'une constitution robuste, ayant une poitrine large et le cou très court, était plongé dans l'assoupissement depuis deux jours, lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, le 12 avril 1816, au soir. Voici son état : Coma profond, face rouge, injectée ; lèvres violettes, paupières fermées et paralysées ; *pupilles contractées*, immobiles à l'aspect d'une bougie allumée ; pouls lent, petit et dur ; respiration lente et stertoreuse, membres paralysés, cédant à leur propre poids ; sensations nulles, etc.

» Nous lui fîmes deux saignées, à une heure d'intervalle ; le sang coulait avec beaucoup de peine, et se coagulait sur le bras au sortir du vaisseau. A chaque saignée, les pupilles recouvrèrent une partie

de leur mobilité, et le malade exécuta *quelques légers mouvemens.* On appliqua ensuite des sinapismes aux pieds; on administra en même temps un lavement avec le vin émétique trouble. Le 13 au matin, mort.

» *Ouverture du cadavre.* La pie-mère et l'arachnoïde étaient fortement injectées; la dernière paraissait plus épaisse et plus résistante que dans l'état naturel. En plusieurs endroits, le cerveau était le siége d'un ramollissement très remarquable, et seulement développé dans la substance *corticale;* plusieurs de ces points désorganisés renfermaient une bouillie *grisâtre*, sans aucune trace de congestion sanguine; dans plusieurs autres, au contraire, on trouvait une substance *sanieuse* et comme réduite en *putrilage*, parsemée de *quelques gouttes de sang.* Ces désorganisations étaient très étendues, et répandues irrégulièrement sur toute la substance corticale du cerveau. »

§. I. M. Bricheteau a eu soin de noter l'absence complète de contraction dans les membres. Ainsi cette paralysie ressemblait tout-à-fait à celle qui est produite par une hémorrhagie cérébrale. Cependant il faut faire attention qu'on n'apporta le malade à l'hôpital que deux jours après l'accident, et que les symptômes distinctifs du *ramollissement* disparaissent quelquefois très promptement (*Voyez* l'Observation n° 4), surtout quand le désordre est considérable, comme dans le cas présent; qu'ils sont quelquefois intermittens (*Voyez* l'Observation n° 14).

Ainsi il est possible qu'ils aient cessé avant l'entrée du malade à l'hôpital, ou ne se soient montrés qu'en l'absence du médecin.

Les pupilles étaient habituellement contractées; ce qui est le contraire de ce qu'on observe dans les épanchemens sanguins, et annonce une augmentation de sensibilité de la rétine. La paralysie existait des deux côtés; ce qui est très rare dans les apoplexies, et très commun dans les ramollissemens. Il n'est donc pas démontré qu'il eût été impossible de distinguer pendant la vie cette affection d'une hémorrhagie cérébrale; et remarquez que c'était déjà un commencement d'hémorrhagie, puisqu'il y avait quelques gouttes de sang épanché. Les expressions de *putrilage*, de *matière sanieuse*, dont se sert l'auteur, doivent vous rappeler celles de Morgagni, *apostema sui generis*, et celles d'Avicenne, *apoplexia à repletione apostemante*. (*Voyez* aussi les Obs. 2 et 3 de M. Dan de La Vauterie.) Elles font naître à l'esprit les mêmes idées. C'était encore dans la substance grise que l'altération avait son siége.

N° 17.

34 ans, douleurs de tête, paralysie de tous les membres, avec résolution, diminution de la sensibilité, renversement de la tête en arrière, strabisme. Mort au bout d'un jour et demi. — *Ramollissement de la protubérance annulaire, blanche en dessus, grisâtre en dessous.* (Bricheteau, Journal complém. du Dictionnaire des Sciences médicales, 4e cahier, 1818, page 304.)

Une femme, âgée de 34 ans, jouissait depuis quelque temps d'une santé précaire, et se plaignait de douleurs vagues dans la tête, etc. Le 21 mars 1816, vers minuit, elle perdit tout à coup connaissance, l'usage des sens et celui de la parole; elle resta dans cet état jusqu'au lendemain, où elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu. Elle était alors dans un profond assoupissement, la *tête renversée en arrière*, les yeux fixes et *strabites*, les pupilles *contractées et immobiles* à l'aspect d'une bougie allumée; les membres paralysés cédaient à leur propre poids; sensations presque nulles, sensibilité *très émoussée*, cris plaintifs, respiration lente et stertoreuse; la chaleur et le pouls étaient comme dans l'état naturel. On lui applique des sinapismes. Le 23, même état. (4 grains d'émét. à l'intérieur, sinap. aux genoux.) Le soir, accroissement dans les symptômes. (Vésicatoire à la nuque.) Mort la nuit suivante.

A l'ouverture du cadavre, le cerveau proprement dit n'offrait aucune altération; il n'y avait que très peu d'eau dans les ventricules latéraux; mais la protubérance cérébrale était profondément altérée dans sa substance, qui se trouvait réduite en une sorte de bouillie blanche à la partie supérieure, et *grisâtre* inférieurement. Le cervelet ne présentait aucune altération.

§. I. La plupart des réflexions que nous avons faites sur l'observation précédente, sont applicables à celle ci; j'ajouterai de plus que la paralysie avait été précédée de céphalalgie, que la tête était renversée

en arrière : ce qui ne pouvait tenir qu'à un état convulsif des muscles de la partie postérieure du cou (*voy.* Obs. n° 12); que le strabisme ne se remarque pas ordinairement dans les hémorrhagies cérébrales. Ces symptômes seuls auraient donc pu faire soupçonner la nature de la maladie, et cette observation n'est pas si obscure que le pense l'auteur lui-même.

§. II. Ici, il y avait paralysie des deux côtés du corps, quoiqu'il n'y eût qu'un seul point de l'encéphale malade; mais ce point était précisément celui où se trouvent rapprochées toutes les fibres qui font communiquer le cerveau avec la moelle.

§. III. Le ramollissement était coloré précisément dans l'endroit de la protubérance qui contient le plus de substance grise et de vaisseaux. C'est par la surface inférieure que pénètrent dans la protubérance annulaire les rameaux nombreux que lui fournit l'artère basilaire.

A ces observations j'en joindrai quelques autres puisées dans Morgagni; vous jugerez jusqu'à quel point elles ressemblent à celles que nous avons examinées jusqu'à présent, et quel degré de confiance vous pouvez leur accorder.

N° 18.

Age très avancé, maux de tête, paralysie d'abord du côté *droit*, et bientôt générale. Mort prompte. — *Rupture du septum lucidum*, *hémisphère* droit *coloré en brun*. (Morgagni, Epistol. 5, n° 15.)

« Un vieillard qui avait des ulcères aux jambes, fut pris tout à coup de douleurs de tête : comme il semblait être menacé d'une maladie grave du cerveau, on lui pratiqua dans la matinée même une saignée : cependant, vingt heures après, il eut une apoplexie avec paralysie des membres du côté *droit*, qui fut bientôt presque générale, et la mort survint peu de jours après.

L'artère basilaire et les artères du corps calleux étaient gonflées par du sang; les ventricules latéraux contenaient de la sérosité en assez grande quantité; les plexus choroïdes paraissaient pâles; le *septum lucidum* était rompu antérieurement; mais ce qui surtout devint fort remarquable, c'est que toute la substance médullaire de l'hémisphère droit offrait une teinte *très-brune :* il n'en était pas de même à gauche. »

§. I. Ici il n'est pas question de roideur des membres, de convulsions, etc.; mais la paralysie a été précédée de maux de tête et de signes d'affection cérébrale. Il n'est pas dit que la substance du cerveau fût ramollie; mais le *septum lucidum* était déchiré, et l'altération *très-brune*. La mort a été fort prompte. Si quelques détails manquent, le reste est conforme avec ce que nous avons vu jusqu'à présent. D'ailleurs, Morgagni n'a pas observé le malade; il n'a pas même assisté à l'examen du corps; il rapporte le fait sur le simple récit de Nicolas Mediavia, son élève, comme il le dit (n° 14). Il est probable que si cette observation eût été recueillie par Morgagni lui-même, nous y aurions retrouvé les mêmes symptômes et la même altération morbide que dans les autres. Il faut remarquer que,

selon Mediavia, l'altération se trouvait du côté de la paralysie; aussi Morgagni dit-il, en finissant : *Sed ad minus obscura veniamus.* Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions rigoureuses de cette observation ; elle rappelle, toutefois, à Morgagni celle de Ferrarinius, prêtre de Vérone, dont il a parlé dans sa lettre 4, n° 21, à laquelle il renvoie.

En voici les principales circonstances :

N° 19.

43 ans : face colorée, chagrins, irascibilité, mort subite, roideur des bras. — *Substance cérébrale brune et injectée.* (Morgagni, Epist. 4. n° 21.)

Un prêtre, âgé de quarante-trois ans, à face très-rubiconde, d'une constitution grêle, quoique joyeux en apparence, était tourmenté par des chagrins qu'il dissimulait. Irascible et inquiet, il avait été jugé phthisique à Venise. Dix ans auparavant, il avait été affecté d'hémicranie à Padoue. Il se plaignit à son chirurgien de quelque incommodité, soupa cependant gaîment avec ses hôtes, but et mangea comme à l'ordinaire. Le lendemain matin, il fut trouvé mort dans son lit, dans l'attitude d'un homme qui dort, sans écume à la bouche, mais les bras tellement roides, qu'on ne pouvait les écarter sans employer de la force. La face, le col, le dos et les côtés étaient d'un rouge livide. Pendant la section du crâne, il s'écoula du sang de couleur sale; la dure-mère, vers la suture sa-

gittale, était noire par l'injection des vaisseaux; il y avait du sang dans le sinus de la faux; les vaisseaux de l'arachnoïde, ceux des parois des ventricules étaient gorgés de sang. La substance médullaire du cerveau était un peu brune; ses vaisseaux sanguins semblaient çà et là injectés; il y avait passablement de sérosité dans les ventricules, et beaucoup dans le canal vertébral.

§. I. Ici il n'était pas possible d'avoir aucun renseignement sur les symptômes qui avaient précédé la mort; et cependant Morgagni, frappé de la rigidité des bras, ne doute pas qu'elle n'ait été accompagnée de convulsions; seulement il les attribue à la présence de la sérosité. Cette observation s'accorde donc très-bien, par ses principales circonstances, avec celles; plus détaillées, que nous avons examinées avec soin, et les obscurités qu'elle offre se trouvent dissipées par le détails dans lesquels nous sommes entrés.

N° 20.

Age très avancé, paralysie incomplète, marche graduée. — *Ramollissement de la surface du cerveau vers le sommet de la tête.* (Morgagni, Epist. 57, n° 15.)

Morgagni rapporte aussi que chez une vieille femme, affectée de paralysie incomplète (elle avait conservé la sensibilité et un peu de mouvement), à laquelle elle avait succombé au bout de trois mois, dans un état d'aphonie et stupeur, il avait trouvé la substance

cérébrale *sanguinolente*, d'un *brun sale*, d'une mollesse presque *diffluente*, vers le *sommet* de la tête, dans une étendue de trois ou quatre travers de doigt d'avant en arrière et de droite à gauche, et d'un travers de doigt en profondeur.

§. I. Il n'y a point de doute à avoir sur la nature de l'altération; mais rien n'est plus vague, plus laconique que la description des symptômes, parce que Morgagni n'a vu la malade que peu de temps avant la mort. On ne peut donc en tirer aucune conséquence rigoureuse : il paraît toutefois que la marche de la maladie a été excessivement lente et progressive. Comme dans les cas précédens, l'altération avait son siége dans la substance grise.

N° 21.

Epilepsie ; après un accès violent qui dure plusieurs jours, mort.— *Ramollissement d'un brun noirâtre des deux couches des nerfs optiques.*

Voyez enfin dans Morgagni (Epistol. IX, n° 18) l'histoire fort incomplète d'un homme « de petite stature, d'une constitution grêle, sujet à des accès d'épilepsie, dont un plus violent le fit périr en peu de jours..... »

A la partie postérieure de chacune des deux couches des nerfs optiques, une couleur brune noirâtre fit soupçonner une altération de la substance cérébrale; et plus elle était imprégnée de cette couleur, qui s'éten-

dait profondément dans son épaisseur, plus elle était molle, et comme *à moitié corrompue.*

§. I. Malgré le peu de précision et le défaut de développement de ces détails, il n'est pas possible de méconnaître l'identité de cette altération avec toutes celles dont nous avons parlé; elle avait, comme tant d'autres, son siége dans les couches optiques, était d'un brun noirâtre, etc. L'expression de demi-corrompue, dont Morgagni se sert pour peindre l'état de la substance cérébrale ramollie, ne vous aura pas échappé après les réflexions que j'ai eu souvent occasion de faire à ce sujet. Les symptômes ne sont pas moins remarquables; il est seulement à regretter qu'il n'ait pas décrit avec plus de soin cet accès *d'épilepsie qui dura plusieurs jours.* Toutefois, par épilepsie, il laisse assez entendre que les symptômes spasmodiques occupaient les deux côtés du corps, d'autant plus qu'il ne parle pas spécialement de l'un ou de l'autre; et, en effet, les deux couches des nerfs optiques étaient également affectées.

§. II. Parmi les faits que je viens de rapporter, les uns sont restés incomplets par des circonstances indépendantes de l'observateur; les autres ont été tronqués par négligence : en sorte qu'examinés seuls, ils ne peuvent conduire à aucune conséquence générale. J'ai dû cependant vous les faire connaître, pour que vous puissiez les apprécier à leur juste valeur, et vous convaincre que, loin d'être en opposition avec ceux que nous avons rapportés les premiers,

ils les confirment, ou plutôt, que, commentés par eux, ils s'expliquent naturellement. Ils vous donneront aussi une idée des progrès obtenus depuis Morgagni dans l'art d'observer et de décrire les maladies. Enfin, elles vous prouveront combien l'étude des maladies du cerveau exige de patience et d'attention, combien sont quelquefois importans des détails en apparence minutieux; le peu de fruit qu'on peut retirer d'une observation tronquée; je dirai même les inconvéniens qu'elle peut avoir par les fausses conséquences auxquelles elle peut conduire, et le parti qu'on peut tirer, au contraire, d'un seul fait bien observé. C'est ici le cas de répéter cette sage réflexion de Morgagni lui-même : *perpendendæ non numerandæ observationes.*

N° 22.

Jetons maintenant un coup d'œil général sur ces observations. Vous avez sans doute remarqué que, dans toutes, le ramollissement du cerveau était accompagné *d'une injection vasculaire très-prononcée*, *d'infiltration et même d'épanchement de sang*, ou d'une *coloration particulière.*

§. I. Si vous suivez, à l'aide des faits, les différens degrés d'injection sanguine de la substance nerveuse, en partant de la simple distension des vaisseaux, vous arriverez à l'épanchement apoplectique par des transitions tellement insensibles, qu'il vous sera impossible

de trouver une ligne de démarcation à laquelle vous puissiez vous arrêter.

§. II. Le premier degré d'injection sanguine est celui que nous avons rencontré dans les portions de cerveau non ramollies et dans les membranes. On l'observe quelquefois, comme nous le verrons en parlant de l'apoplexie, seul, sans aucune autre altération du cerveau. Elle est alors générale, uniforme, et peut être portée assez loin pour causer la mort. Quand on coupe alors le cerveau par tranches, on voit suinter de sa surface une foule de gouttelettes de sang, qui se reproduisent quand on les essuie, et donnent à la substance blanche une teinte rosée, comme si on avait étendu sur du papier du sable rouge. Dans les cas de ramollissement avec infiltration ou épanchement de sang, la partie saine du cerveau est d'autant plus injectée, qu'on s'approche davantage du foyer de la maladie.

Dans l'observation n° 3, la portion du cerveau ramollie était, dans quelques points, *d'une couleur rosée;* dans d'autres, *d'une teinte plus foncée ;* dans deux autres, n°s 2 et 9, elle était d'un rouge *amaranthe* et réduite en putrilage; dans une autre, n° 5, elle était d'un *rouge foncé* ; dans celle que nous avons rapportée, n° 6, elle était d'un rouge *violet* ou *lie de vin ;* dans une autre, n° 12, le sang était *infiltré*, comme *combiné* avec la substance cérébrale, mais pas encore épanché, réuni en caillot. Dans deux autres, l'altération était si équivoque, que je n'ai pu prononcer si le sang, qui

formait au milieu du ramollissement une espèce de caillot, était réellement épanché, ou seulement infiltré dans la substance cérébrale. Dans les observations 7 et 11, il existait, dans la portion du cerveau ramollie, pénétrée de sang, plusieurs petits épanchemens isolés. Enfin, dans un grand nombre d'autres qui trouveront leur place ailleurs, vous verrez un caillot plus ou moins considérable, entouré d'une altération du cerveau semblable à celle dont nous venons de parler. Remarquez que, dès le moment où nous avons trouvé une injection considérable, elle était en même temps circonscrite, la substance cérébrale était altérée, les vaisseaux n'étaient plus distincts, la couleur étaient homogène, comme si la partie affectée eût macéré dans du sang. Ainsi, sous le rapport de l'aspect que présente l'altération organique, l'espèce de ramollissement dont nous parlons se lie déjà d'une manière intime aux hémorrhagies cérébrales.

§. III. Le siége de la maladie n'est pas moins digne de notre attention. Sur vingt et une observations que nous avons rapportées, il y en a deux de Morgagni, où il n'est pas déterminé (n°s 18 et 19), une où il n'est qu'indiqué d'une manière vague (n° 9), quoiqu'il soit très probable que c'était ou la couche des nerfs optiques, ou le corps strié gauche. Nous l'avons trouvé cinq fois dans le corps strié, dont quatre à droite (n°s 4, 6, 14 et 15), et l'autre à gauche (n° 12) ; trois fois dans la couche des nerfs optiques, dont une à droite (n° 13), une à gauche (n° 1), et une des deux

côtés à la fois (n° 21). Dans sept observations, c'était la surface des circonvolutions qui était affectée; quatre fois à gauche (n°s 3, 7, 8 et 11), et trois fois des deux côtés (n°s 5, 16 et 20); dans une, c'était la protubérance annulaire (n° 17); dans une autre enfin, le milieu de l'hémisphère droit. Vous voyez donc que, dans la moitié de ces observations, l'espèce de ramollissement qui nous occupe avait précisément son siége dans la partie du cerveau, où, suivant la remarque de Morgagni, si souvent vérifiée depuis, on rencontre le plus ordinairement les épanchemens sanguins; ce qui est un point de contact de plus entre ces deux maladies.

Dans les autres, excepté une seule (n° 2), l'altération occnpait la substance grise du cerveau; et comme le corps strié et la couche des nerfs optiques sont également composés, en grande partie, de substance grise, il en résulte que dans tous ces cas, moins un, c'était la substance grise qui était malade. Cette remarque est importante sous plusieurs rapports.

§. IV. La substance grise du cerveau est celle qui reçoit le plus grand nombre de vaisseaux et les plus volumineux; c'est dans son épaisseur qu'ils se ramifient avant de pénétrer dans la substance blanche.

L'artère cérébrale antérieure envoie au fond de la scissure de Sylvius plusieurs gros rameaux, qui se logent dans les sillons des circonvolutions. De ces rameaux partent une foule de ramuscules, qui s'enfon-

cent directement dans la substance cérébrale, pénètrent de devant en arrière et un peu de bas en haut jusqu'au corps strié et à la couche des nerfs optiques, sans fournir presque aucune ramification ; en sorte qu'en enlevant les rameaux qui les fournissent, on retire du cerveau une espèce de chevelure très-longue et très-épaisse. Quand on a préalablement distendu ces vaisseaux par une injection solide, et qu'on coupe en différens sens le corps strié et la couche des nerfs optiques, on les y retrouve presque aussi gros qu'à leur origine, et quelquefois plus volumineux que ceux qui se ramifient dans la pie-mère et le plexus choroïde. C'est sans contredit la seule partie de la substance cérébrale où l'on rencontre des vaisseaux d'un calibre aussi considérable. Cette disposition anatomique n'avait pas échappé au génie observateur de Morgagni; mais il ne l'a, pour ainsi dire, qu'indiquée en passant, et la plupart de ceux qui ont écrit après lui n'y ont attaché que peu d'importance. La substance grise des circonvolutions reçoit les premières ramifications des artères que le réseau de la pie-mère envoie dans la substance blanche, à laquelle elles n'arrivent que ramifiées et subdivisées. Il est facile de s'assurer de cette distribution, en enlevant lentement les artères de la surface du cerveau, surtout si elles sont injectées. Enfin, l'artère basilaire envoie de chaque côté un grand nombre de ramuscules, qui se recourbent et pénètrent directement de bas en haut dans la protubérance annulaire. Ce rapprochement remarquable entre la distribution anatomique des artères

dans la substance grise et le résultat de l'observation patholohique, vous conduira sans doute à cette conclusion, que les parties du cerveau qui reçoivent les artères les plus nombreuses et les plus volumineuses, sont les plus exposées aux congestions sanguines, et par suite aux hémorrhagies et aux inflammations.

§. V. Vous avez peut-être été surpris de voir au commencement de ces réflexions que je parlais de l'injection vasculaire, de l'infiltration sanguine du cerveau désorganisé, et de sa coloration particulière, comme de deux choses distinctes : c'est qu'en effet cette couleur particulière ne tient pas uniquement à la présence du sang. Morgagni, qu'il faut toujours citer en fait d'exactitude, dit, dans sa lettre 4e, n° 21, en décrivant l'autopsie du prêtre de Vérone, Ferrarinius (*Voy.* n° 19) : « A quoi tenait cette couleur brune de la substance cérébrale? J'aurais cru qu'elle tenait à la quantité du sang (car on voyait çà et là de petits vaisseaux apparens), si je n'avais vu ces vaisseaux plus nombreux et cette quantité de sang plus considérable dans des cas où la substance médullaire était restée blanche; » et dans le paragraphe suivant, il ajoute : « *Quidquid illud erat quod inter fibras cerebri passim depositum eam substantiam infuscabat*, etc. » Il fait à peu près les mêmes réflexions, dans sa lettre 5, n° 16, à l'occasion d'une coloration semblable trouvée chez ce vieillard dont Mediavia lui avait raconté l'histoire. (*Voy.* observation 18.)

La remarque de Morgagni est très-exacte, puisque l'injection sanguine, comme vous avez pu le remarquer, n'est pas toujours en rapport avec les nuances plus ou moins foncées de la coloration. D'ailleurs les différentes teintes que pourraient former des quantités de sang variées, n'expliqueraient pas encore la couleur grise ou grisâtre du corps strié (n°s 14 et 15) de la surface du cerveau (n° 16), de la protubérance annulaire (n° 17); la couleur brune ou brunâtre de la couche optique (n°s 1 et 13, *voyez* aussi n°s 18 et 19), de la surface des circonvolutions (n° 20) brune noirâtre, des deux couches optiques (n° 21) lie de vin du corps strié (n° 6). Elle ne nous expliquerait pas pourquoi, dans la troisième observation, la surface du cerveau était rouge dans certains points, et brune dans d'autres; pourquoi, dans la seconde observation, la maladie ayant son siége au milieu de l'hémisphère droit, c'est-à-dire, dans la substance blanche, le cerveau, quoique très-injecté, était d'un rouge amaranthe, et non pas gris ou brun, etc. D'après cette simple récapitulation, avec indication du siége de la maladie, vous aurez déjà conclu que cette couleur particulière et ses différentes nuances tenaient à la combinaison, en différentes proportions, du sang avec la substance grise; et, ce qui le prouve encore davantage, c'est que, dans les cas où nous avons vu la substance grise et la substance blanche également ramollies dans le même cerveau, cette dernière ne participait en rien à la coloration de la substance

grise. Par exemple, dans l'observation n° 7, le centre ovale de Vieussens ramolli, ainsi que la surface des circonvolutions, était seulement *jaunâtre*. Dans l'observation n° 6, le corps strié désorganisé était de couleur *lie de vin*, et la substance blanche environnante, comme diffluente, *n'avait pas changé de couleur*. Vous retrouverez exactement les mêmes circonstances dans l'observation n° 12. Dans l'observation n° 14, le corps strié était d'un *gris foncé* au centre, d'un *jaune verdâtre* à la circonférence. Dans l'observation n° 15 de M. Rochoux, le corps strié était *grisâtre ; la portion de l'hémisphère continue etait lègèrement jaune*, *au moins aussi molle*, etc. Voyez aussi l'observation 11, dans laquelle la paroi postérieure du ventricule était détruite comme par suppuration sans *coloration particulière ;* et l'observation 17, dans laquelle le ramollissement de la protubérance annulaire était grisâtre en dessous et blanc en dessus.

Je crois que vous ne pourrez pas maintenant conserver le moindre doute sur la cause de cette coloration particulière du cerveau. Si Morgagni ne l'a pas trouvée, c'est parce qu'il n'a pu comparer entre elles un assez grand nombre d'observations; et surtout parce que dans la plupart (*Voyez* n°s 18, 19 et 20) le siége de la maladie n'est déterminé que d'une manière vague. Ce n'est que par une attention minutieuse dans l'observation des faits, par une exactitude rigoureuse dans leur exposition,

qu'on peut espérer d'arriver à quelque résultat positif.

§. VI. En résumé : 1° la différence de couleur que présentent les différens ramollissemens du cerveau, quoique souvent très-grande, ne doit pas les faire regarder comme des maladies distinctes. 2°. La substance grise, qui reçoit beaucoup de vaisseaux et les plus volumineux, a une disposition particulière au ramollissement, avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang; tandis que la même altération de la substance blanche qui en reçoit peu et de très-déliés, est très-rarement accompagnée d'injection remarquable (nous n'en avons qu'un exemple, n° 2), mais elle est au contraire pâle, jaune citrine, verdâtre, etc. 3°. La couleur grise, brune, noirâtre, etc., dépend moins encore de l'injection vasculaire que du mélange du sang avec la substance grise, et ne s'observe pas dans la substance blanche.

§. VII. Quelle est la nature de cette altération? Si vous avez lu avec attention les observations que je vous ai rapportées et les réflexions qui les accompagnent, vous devez être convaincu qu'elle dépend d'une inflammation du cerveau; mais comme ce point de doctrine est des plus importans, comme cette opinion est en opposition avec celle de plusieurs médecins distingués, parmi lesquels je citerai M. Récamier (1), je ne crains pas de vous rappeler encore des

(1) Cet habile praticien, qui s'est spécialement occupé des

considérations sur lesquelles j'ai déjà si souvent arrêté votre attention.

§. VIII. Morgagni, dans l'observation de Jacoba Zanardi, dit, en parlant de la portion du cerveau ramollie, qu'à cela près de la mauvaise odeur qui lui manquait, on aurait dit qu'elle était entièrement pourrie; et vous savez qu'il regarde cette altération comme une espèce d'abcès, *aposthema sui generis* (*Voy.* n° 1). M. Dan de La Vauterie rapporte toutes ces observations comme autant d'exemples d'inflammation du cerveau, ainsi que l'indique le titre de sa thèse (*Voy.* n° 2). Dans les observations 2 et 3, il dit que la substance cérébrale était réduite en *putrilage*. M. Bricheteau se sert également des expressions de *putrilage*, de *matière sanieuse*, pour exprimer la même altération (n° 16), et il n'est pas éloigné de croire *qu'un jour on puisse établir une identité parfaite entre l'affection dont il s'agit et la céphalite.* (Journal complém. du Dict. des Sc. méd., octobre 1818, p. 306.)

§. IX. Dans une autre observation de M. Dan de La Vauterie (n° 9), une altération semblable, accompagnée des mêmes symptômes, a été produite par un coup de pierre à la tempe, ce qui ne laisse

---

maladies du cerveau, regarde le ramollissement de cet organe comme l'effet d'une fièvre nerveuse, ataxique, pernicieuse ou maligne, qui porte son action sur le système nerveux. Aussi l'appelle-t-il ordinairement, dans ses leçons de clinique, ramollissement ou dégénérescence ataxique, foyer ataxique.

aucune espèce de doute sur la cause et la nature de la maladie. L'auteur dit que le cerveau était comme *contus*, probablement à cause du coup qu'avait reçu le malade. En lisant les auteurs de chirurgie, vous serez frappé de la ressemblance parfaite qui existe entre l'altération qu'ils désignent sous le nom de contusion du cerveau, et l'espèce de ramollissement qui nous occupe. S'ils l'ont distinguée, par cette expression, des autres inflammations du cerveau, s'ils l'ont regardée comme le résultat d'une attrition mécanique, cela tient uniquement à ce qu'ils ne l'ont observée qu'à la suite des percussions du crâne; mais, comme vous venez de le voir, la maladie offre absolument le même aspect, est accompagnée des mêmes symptômes, lorsqu'elle survient spontanément. Quand la mort arrive par l'effet des premiers accidens qui suivent une violente percussion du crâne, ou l'on trouve des épanchemens sanguins, ou l'on ne rencontre aucune altération remarquable. Bien entendu que je ne parle pas des cas d'enfoncement du crâne, dans la substance cérébrale; encore quand la mort est subite, on ne trouve rien qui ressemble au ramollissement avec injection, décrit sous le nom de contusion du cerveau. Ce n'est qu'au bout de quelques jours, et quelquefois fort long-temps après que les accidens primitifs ont disparu, que commencent à se manifester les premiers symptômes d'inflammation du cerveau; c'est à cette époque, si le malade succombe, qu'on rencontre une portion du cerveau comme

ecchymosée, réduite en une espèce de bouillie, de putrilage, avec engorgement des vaisseaux, infiltration de sang. Plus tard, quand le malade a résisté aux accidens consécutifs, le cerveau, également ramolli, est décoloré dans une étendue variable, contient du pus infiltré, réuni en foyers d'autant plus considérables, que la maladie a duré plus long-temps. Enfin, quand la marche de l'inflammation a été encore plus lente, et que le malade a continué de vivre, pendant un an par exemple, on trouve après la mort de vastes foyers purulens et enkystés. Il ne faut donc pas regarder l'altération qu'on est convenu d'appeler contusion du cerveau, comme le résultat passif d'une action mécanique semblable à celle qui produit, dans les mêmes circonstances, un épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne, ou une ecchymose des parties molles; elle est produite par l'inflammation qui succède à l'ébranlement du cerveau; inflammation qui détermine la mort dans sa première période, c'est-à-dire, avant que du pus ait eu le temps de se former. C'est, au reste, ce que les faits vous démontreront à mesure que nous avancerons (1).

C'est ce que prouve, par exemple, d'une manière fort claire, l'Observation 5, du docteur Abercrombie,

(1) J'aurais pu en rapporter un grand nombre; mais les inflammations du cerveau produites par cause externe, étant presque toujours accompagnées d'inflammations de l'arachnoïde, les symptômes et la marche de la maladie prennent un aspect particulier. C'est pourquoi je n'ai cité que le moins que j'ai pu d'exemples de cette complication que j'examinerai à part.

ayant pour titre, *Mort arrivée pendant la période inflammatoire*, et dans laquelle l'altération était parfaitement semblable à celle qui est décrite dans l'Observation de M. Dan de La Vautrie, quoique la maladie soit survenue spontanément.

§. X. Mais poursuivons notre examen. Pour vous prouver que le ramollissement qui entourait le caillot, dans les Observ. 7 et 8, était l'effet d'une inflammation, je vous ai fait remarquer que dans l'Observation 10 la même affection était accompagnée des mêmes symptômes, et qu'à l'ouverture du corps il existait du pus autour du caillot; aussi la mort n'est-elle survenue que deux mois après l'invasion de la maladie. Dans l'Observation 15, M. Rochoux, sans avoir l'idée d'une inflammation, parle cependant d'une érosion du corps strié, qu'on ne peut guère attribuer qu'à cette cause. Enfin, parmi les observations qui me sont propres, il en est qui nous montrent l'affection de la substance cérébrale elle-même, précédée de méningite chronique (n°s 7 et 8); dans d'autres, elle a été accompagnée d'inflammation aiguë de l'arachnoïde (n°s 12, 13 et 14).

§. XI. Ces différens rapprochemens doivent vous conduire à regarder le ramollissement avec injection vasculaire, etc., comme une véritable inflammation partielle du cerveau, observée dans sa première période; et, ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est la promptitude de la mort dans tous ces cas, excepté celui où l'on a rencontré du pus (n° 10), et que j'ai rapporté exprès. Si j'ai insisté sur cette

promptitude de la mort, toutes les fois que l'exactitude de l'observateur me l'a permis, ce n'est pas que je croye cette inflammation plus grave par sa nature, plus promptement mortelle que celle à la suite de laquelle on a trouvé du pus : seulement j'ai voulu en conclure que la mort est arrivée avant que le pus ait eu le temps de se former.

§. XII. Si nous cherchons à nous éclairer par la voie des analogies, nous voyons que l'inflammation phlegmoneuse suit exactement la même marche dans tous les tissus : le sang afflue vers la partie irritée, d'après cette loi éternelle de la nature vivante : *Ubi stimulus, ibi fluxus* (1). Les vaisseaux sont d'abord engorgés, le tissu cellulaire comme infiltré de sang, est rouge, brun ou violet. Cet état se dissipe peu à peu, à mesure que le pus remplace le sang, ou que la résolution s'opère.

---

(1) En anatomie pathologique, ne pourrait-on pas dire avec autant de vérité, quand on trouve dans un organe des traces non équivoques de congestion : *ubi fluxus, ibi stimulus ?* Si la première sentence est vraie, la seconde, qui n'en est que la conséquence, doit l'être également : bien entendu qu'il ne faut pas confondre cette injection vasculaire produite par une concentration active des fluides vers une partie, avec la distension passive de ces mêmes vaisseaux produite par une cause toute physique, tel qu'un obstacle mécanique à la circulation ou la simple pesanteur des liquides, qui produit, après la mort, des engorgemens sanguins dans telle ou telle partie, suivant la position du cadavre. En tenant compte de ces circonstances, il est facile d'éviter l'erreur.

Mais, direz-vous, le propre de toute inflammation phlegmoneuse est de déterminer une augmentation de densité du tissu affecté, et nous avons vu qu'au contraire le tissu du cerveau était ramolli. Ceci mérite une explication.

§. XIII. Quand un phlegmon se développe dans un organe susceptible d'être exploré par le toucher, on trouve qu'en effet, jusqu'au moment où le pus s'est réuni en foyer, la tumeur est dure et rénitente. Mais si la mort survient à cette époque, et qu'on examine le tissu des parties enflammées, il est facile de s'assurer qu'il a perdu sa cohésion, qu'il se laisse déchirer avec la plus grande facilité, que le doigt y pénètre sans résistance; et cela est tellement vrai, que c'est sur cette différence de cohésion du tissu cellulaire, sain ou enflammé, qu'est fondée une des remarques les plus importantes de la chirurgie moderne.

M. Dupuytren est, je crois, le premier qui ait enseigné, dans ses Cours d'anatomie pathologique, que quand on applique une ligature sur une artère, ses tuniques moyenne et interne sont à l'instant divisées pour peu qu'on serre le ruban de fil, quelle que soit sa largeur; que par conséquent la tunique celluleuse et le tissu cellulaire environnant, s'opposent seuls à la section complète de l'artère. Dans ce cas, les ligatures ne tombent que du dixième au vingtième jour, c'est-à-dire, quand l'inflammation a désorganisé le tissu cellulaire. Lorsqu'au contraire la ligature est appliquée sur une artère dont

le tissu cellulaire est enflammé, il se laisse diviser comme du lard par le fil qui le presse; la section est bientôt complète, la ligature tombe au bout de deux ou trois jours au plus tard : de là les hémorrhagies consécutives, etc. Il est si vrai que c'est l'inflammation qui est la cause de la section des artères par les fils, que les ligatures d'attente, qui ne sont pas serrées, tombent quelquefois, avant celles qui le sont.

Cette diminution de cohésion, par suite d'une inflammation aiguë, s'observe également dans les membranes séreuses et muqueuses; mais elle est surtout évidente dans les tissus fibreux, comme les tendons, les aponévroses, etc., à cause de la grande ténacité dont jouissent ces tissus. Il en est de même du tissu musculaire. J'ai eu plusieurs fois occasion d'ouvrir le cadavre d'individus morts avec une inflammation aiguë des muscles abdominaux, psoas et iliaque, triceps crural, etc.; chaque fois j'ai trouvé le tissu musculaire brun, marron ou violet, et réduit en une espèce de sanie presque privée de cohésion. Le tissu du foie enflammé se laisse pénétrer facilement par le doigt et déchirer sans efforts; le tissu du poumon ne fait pas exception à la règle. Quand on l'examine dans la première période de l'inflammation, on le trouve brunâtre ou couleur lie de vin, gorgé de sang, dépourvu de cohésion, à tel point que les doigts y pénètrent de toutes parts: c'est même à ce caractère seul qu'on peut distinguer l'engorgement sanguin, quelquefois très considérable, qui a

lieu dans les derniers instans de la vie, de celui qui est dû à une inflammation qui n'a duré qu'un jour ou deux. Plus tard, à la vérité, le sang se combine au parenchyme du poumon, de manière à lui donner l'aspect du foie sain; plus tard enfin, le pus remplace le sang, et le poumon a l'apparence d'un foie *gras*. Dans ces deux cas, il est vrai, la pesanteur, et par conséquent la densité du poumon, sont considérablement augmentées; mais cela n'empêche pas que la ténacité, que la cohésion de son parenchyme ne soient diminuées : et en effet, rien de plus facile que de dilacérer avec le bout du doigt un pareil poumon; ce qu'on ne peut pas faire quand son tissu est sain et crépitant. Ici l'augmentation de densité est d'autant plus remarquable, que le sang ou le pus affaissant les vésicules aériennes, en ont exprimé l'air, ou, en d'autres termes, qu'un corps liquide, plus ou moins dense, a pris la place d'un corps gazeux. Ainsi, l'on peut regarder comme une loi générale, que toute inflammation aiguë détruit ou diminue la cohésion des tissus qu'elle éffecté.

§. XIV. Il faut donc considérer comme deux choses bien distinctes, l'augmentation de densité ou dureté, et la diminution de cohésion ou désorganisation qu'on observe simultanément dans les tissus affectés d'inflammation aiguë. Dans un phlegmon commençant il y a endurcircement; mais dès le moment que les aréoles du tissu cellulaire, écartées ou déchirées, permettent au pus de se réunir en masse un peu consi-

dérable, il y a fluctuation, par conséquent sensation opposée à celle de dureté. Dans les contusions, si le sang n'est qu'infiltré, il y a ecchymose avec dureté; s'il est épanché, réuni en masse assez considérable, il y fluctuation : ce qui vous prouve que la sensation de dureté tient, dans ces cas, uniquement à la manière dont les molécules liquides sont retenues dans les mailles du tissu cellulaire; aussi l'augmentation de densité sera d'autant plus remarquable que l'organe enflammé contiendra plus de tissu cellulaire, formant un réseau élastique à mailles résistantes, propres à retenir les matériaux de la fluxion. Enfin cette différence de densité entre le tissu sain et le tissu malade sera encore d'autant plus frappante, qu'il y aura une plus grande différence entre ces nouveaux matériaux et ceux qui remplissaient l'organe dans l'état de santé (exemple, les poumons).

D'un autre côté, la diminution de cohésion aura lieu d'une manière d'autant plus prompte et plus facile, que le tissu affecté sera naturellement moins ferme, moins élastique.

Le cerveau est presque entièrement dépourvu de tissu cellulaire, et c'est celui de tous nos organes qui offre le moins de cohésion entre ses molécules. Donc il n'y aura pas d'augmentation de densité, faute d'un réseau qui emprisonne, pour ainsi dire, les liquides attirés par l'inflammation; mais cette inflammation achèvera de détruire le peu de cohé-

sion que possédait le cerveau, c'est-à-dire, qu'il sera réduit en une espèce de bouillie sans traces d'organisation.

§. XV. Maintenant que je crois vous avoir démontré, jusqu'à l'évidence, que les ramollissemens avec injection, etc., ne sont autre chose que de véritables inflammations arrêtées par la mort, dans leur première période ou époque d'acuité, de crudité, comme disaient les anciens, comment expliquer leur grande analogie avec l'apoplexie sanguine? Rien de plus simple : qu'est-ce qu'une apoplexie? une congestion cérébrale suivie d'épanchement de sang, une véritable hémorrhagie du cerveau.

§. XVI. Voyons donc ce qui se passe dans les hémorrhagies. L'épistaxis est précédé d'irritation de la membrane muqueuse nasale, de démangeaison, d'éternuement, de rougeur plus ou moins vive du bout du nez; et même quand l'hémorrhagie ne doit avoir lieu que par une des narines, l'injection est plus prononcée de ce côté-là que de l'autre. Tout le monde sait que c'est pour avoir fait cette remarque, que Galien porta le fameux pronostic qui lui fit tant d'honneur. Je ne vous parlerai pas des phénomènes qui précèdent ou accompagnent l'écoulement menstruel; ils sont tellement connus, qu'il me suffit de vous rappeler qu'ils annoncent une congestion énergique vers l'utérus. Il arrive quelquefois que l'évacuation menstruelle, supprimée, est remplacée par une hémorrhagie périodique, qui a lieu tantôt par le mamelon, tantôt par l'angle interne de l'œil, par l'ombilic, l'extrémité

d'un doigt, ou par tout autre point de la surface de la peau. Dans tous ces cas, l'évacuation sanguine est précédée de démangeaison, de turgescence de la partie; la peau devient plus sensible, plus rouge, plus chaude, etc., etc.; et de même qu'une hemorrhagie supprimée est remplacée par une autre, de même rien n'est plus fréquent que les apoplexies qui ont été précédées de la suppression de quelque hémorrhagie. Le flux hémorroïdal, avant de s'établir, est précédé pendant long-temps de congestions sanguines vers l'anus; ces congestions plus ou moins régulières, plus ou moins rapprochées, s'annoncent d'abord par un prurit, puis sont accompagnées de chaleur, de pesanteur dans les lombes et le bassin, puis enfin de véritable douleur. Par suite de ces congestions répétées, les vaisseaux capillaires se développent, il se forme des tumeurs hémorroïdales qui, dans le moment de la congestion, deviennent rouges, dures, tendues, chaudes; enfin une évacuation sanguine a lieu. Si quelquefois elle semble arriver tout à coup, c'est que les malades n'ont pas tenu compte des symptômes précurseurs qu'ils ont éprouvés; mais ils s'en souviennent quand on les met sur la voie. La ressemblance de ces phénomènes précurseurs de l'évacuation hémorroïdale avec les prodromes de l'apoplexie, serait parfaite, si après l'hemorrhagie du cerveau le sang pouvait s'écouler librement au dehors.

Vous voyez que partout où nous pouvons apprécier ce qui se passe dans une partie qui va

être le siége d'une hémorrhagie, nous observons une congestion sanguine, accompagnée de prurit, d'irritation ou même de douleur, de turgescence ou de tuméfaction, de chaleur et de rougeur; symptômes qui tous ressemblent beaucoup à ceux d'une inflammation commençante. Mais poursuivons. L'hémoptysie est précédée de picotemens dans la poitrine, de chaleur intérieure, d'étouffemens avec menace de suffocation, de refroidissement des extrémités, etc. Le plus souvent elle est due à l'irritation produite par la présence des tubercules dans le parenchyme du poumon : c'est à cette irritation qu'il faut attribuer la déviation presque constante des règles chez les femmes phthisiques.

L'hématémèse est précédée de chaleur, de pesanteur à l'épigastre, avec pâleur et refroidissement des extrémités, etc.; ce qui annonce une congestion qui se fait de la surface du corps vers l'intérieur. J'ai eu deux fois l'occasion d'examiner l'estomac d'individus morts presque exsangsues, à la suite d'hématémèse, et chaque fois j'ai trouvé, dans l'étendue de trois ou quatre pouces, la membrane muqueuse boursoufflée, d'un rouge cramoisi, laissant exsuder du sang par la pression, et si facile à déchirer, qu'au moindre contact elle se détachait par lambeaux. Les vaisseaux n'étaient plus distincts, la rougeur était uniforme, comme après une longue macération dans du sang. J'ai vu plusieurs fois la même altération dans la vessie, à la suite d'hématurie; seulement, dans un de ces cas que je rapporterai dans la lettre suivante, au lieu d'une

seule plaque rouge il y en avait plusieurs petites, mais tout-à-fait semblables. Dans ces différens cas, sans les circonstances antécédentes, il eût été bien difficile de distinguer cette altération de celle qui aurait été produite par l'inflammation.

La peau et les membranes muqueuses ne sont pas les seules surfaces par lesquelles s'opèrent des hémorrhagies ; il s'en fait quelquefois à la surface des membranes séreuses. Je ne m'y arrêterai pas ici, parce que je serai forcé d'y revenir très au long en parlant des affections de l'arachnoïde. Il suffit, pour le moment, que nous sachions qu'elles sont accompagnées de symptômes de congestion bien évidente ; il est même quelquefois impossible de les distinguer de ceux de l'inflammation autrement que par les effets que produit ensuite l'épanchement du sang. Je dois pourtant vous faire observer, comme une chose remarquable, que les membranes séreuses, qui sont infiniment moins vasculaires que les muqueuses, sont aussi moins sujettes qu'elles aux hémorrhagies, et que l'utérus, la membrane pituitaire et l'extrémité du rectum, sont, de tous les tissus dont nous avons parlé jusqu'à présent, ceux qui reçoivent le plus d'artères. Je vous prie de joindre ces rapprochemens à ceux que je vous ai présentés en parlant de la distribution des vaisseaux du cerveau, §. III.

Les surfaces membraneuses ne sont pas seules exposées aux congestions hémorrhagiques ; ce n'est pas toujours par simple exhalation que s'opère l'issue du

sang. Ces congestions se font quelquefois brusquement dans des tissus parenchymateux, et peuvent être assez violentes pour déterminer la rupture de quelques vaisseaux ; de là infiltration, épanchement de sang dans l'épaisseur des parties. Ce sont ces espèces d'hémorrhagies qui ont le plus d'analogie avec les apoplexies. Les poumons sont assez souvent exposés à ces congestions brusques ; mais il n'en résulte que rarement un épanchement de sang dans leur épaisseur, à cause de leur structure celluleuse. Le tissu cellulaire est, comme vous le savez, le plus élastique et le plus résistant de tous nos tissus ; c'est pourquoi ces fluxions se terminent plus facilement par inflammation que par hémorrhagie. Je vous ai cependant rapporté un exemple (n° 12) de ces espèces d'apoplexie pulmonaire, d'autant plus remarquable, que l'altération du poumon avait la plus exacte ressemblance avec celle du cerveau, et que l'une et l'autre coïncidaient avec une hypersarcoce du cœur. Il se fait quelquefois de ces congestions hémorrhagiques sur les muscles des membres, sur le foie, etc., comme on en trouve des exemples dans les auteurs. J'en ai vu un bien singulier à l'Hôtel-Dieu : pendant un violent accès de colère, le scrotum devint tout à coup du volume de la tête d'un fœtus à terme, d'un rouge violet ; une grande quantité de sang s'était épanchée ou infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire, comme après une violente contusion. Si ces hémorrhagies sont aussi rares dans les autres

organes parenchymateux, qu'elles sont fréquentes dans le cerveau, cela tient uniquement au peu de résistance de la pulpe cérébrale.

§. XVII. Vous voyez par cette revue des hémorrhagies spontanées, que toutes, excepté peut-être les hémorrhagies scorbutiques, sont dues à une congestion sanguine, accompagnée de symptômes locaux et généraux, qui pourraient également annoncer une inflammation commençante; car la congestion hémorrhagique et la congestion inflammatoire ne diffèrent l'une de l'autre, qu'en ce que la première est plus brusque dans son début, moins régulière dans sa marche, et plus prompte dans sa terminaison, tandis que l'autre se développe avec plus de lenteur, de régularité, et persiste avec plus de ténacité; encore existe-t-il entre ces deux états ou ces deux espèces de fluxion, des nuances intermédiaires qui les lient d'une manière intime. Ainsi, par exemple, si une fluxion hémorrhagique habituelle est souvent remplacée par une autre, il arrive plus souvent encore que la suppression de cette hémorrhagie soit la cause première d'une fluxion inflammatoire qui s'établit vers un autre organe; et réciproquement il arrive souvent qu'une fluxion inflammatoire, une pneumonie, par exemple, empêche le développement d'une fluxion hémorrhagique périodique, comme les menstrues, les hémorroïdes.

Lorsque la congestion sanguine s'opère sur une surface muqueuse ou cutanée, le sang peut avoir une libre issue au dehors; a mesure qu'il coule,

on voit tomber l'état d'éréthisme de l'organe; mais, lorsque cette évacuation n'a pas lieu, ou qu'elle est incomplète, l'irritation continue, la fluxion augmente, change de caractère, et passe à l'état inflammatoire. C'est ainsi, par exemple, qu'un épistaxis qui avorte se termine par un coryza. On voit tous les jours des fluxions hémorroïdales, qui, lorsqu'elles ne sont suivies d'aucune évacuation sanguine, se terminent par une véritable inflammation, accompagnée de tuméfaction, de tension, de rougeur, de chaleur, de douleurs quelquefois très-vives; enfin, par des abcès. Dans d'autres cas, le premier effet de la fluxion inflammatoire commençante est une exhalation sanguine, qui cesse quand l'inflammation est devenue plus intense, et reparaît quelquefois quand elle diminue. On voit fréquemment des pneumonies aiguës débuter par un crachement de sang abondant, qui disparaît du deuxième au cinquième jour, et reparaît quelquefois après la première ou deuxième saignée.

Dans les cas où le sang épanché ne peut avoir d'issue au-dehors, comme dans la cavité des séreuses, l'irritation est loin d'être diminuée par l'évacuation sanguine, puisqu'il s'établit une fausse membrane autour du caillot; fausse membrane qui ne peut être que le produit d'une inflammation. Dans les tissus parenchymateux, la quantité de sang épanché est trop peu considérable pour faire tomber l'éréthisme; sa présence ne peut que faciliter le développement d'une inflammation, et c'est précisément le cas où se trouve le cerveau.

§. XVIII. Après les détails dans lesquels nous sommes entrés, vous devez regarder les conséquences suivantes comme l'expression abrégée des faits, et le résumé laconique de nos réflexions.

Fluxion ou congestion cérébrale brusque, générale, rapide; *distension des vaisseaux*, vertiges, éblouissemens, étourdissemens, illusions d'optique, tintemens d'oreille, etc. Plus énergique et sans rupture des vaisseaux; coup de sang, paralysie des deux côtés, parce que l'injection vasculaire est générale; mort prompte, ou disparition rapide des symptômes. Si dans l'intervalle de ces espèces d'accès les vaisseaux restent plus ou moins engorgés, état de somnolence habituelle, stupeur, diminution des facultés intellectuelles. Si une évacuation sanguine périodique est supprimée, c'est à l'époque où elle eût reparu que revient la congestion. A la suite de ces fluxions répétées, dilatation habituelle des vaisseaux, affaiblissement de leurs parois. Congestion plus énergique, ou concentrée vers un point du cerveau, ou résistance moindre des vaisseaux; *hémorrhagie*, *épanchement de sang plus ou moins considérable*, *désorganisation et compression subite du cerveau*, paralysie instantanée; apoplexie sanguine. Congestion moins rapide, plus continue; *infiltration*, *espèce de combinaison du sang avec la substance cérébrale*, *épanchement de quelques gouttes de sang*; hémorrhagie incomplète, avortée : la congestion continue : *ramollissement*, *désorganisation du cerveau*, état intermédiaire à l'apoplexie et à l'inflammation; *apostema sui generis*, *apoplexia à repletione aposte-*

mante : paralysie moins rapide dans sa marche, et accompagnée de symptômes nerveux.

Si la congestion est encore plus lente, plus régulière; d'abord, *injection sanguine*, symptômes d'irritation, convulsions, douleur, roideur, etc.; ensuite, *altération de la substance cérébrale*, engourdissement, paralysie successive des membres supérieurs, puis des inférieurs : enfin *désorganisation complète*, résolution, flaccidité des membres, comme dans l'apoplexie. Mais, de même que toute inflammation offre des momens de remittence et d'exacerbation, de même des congestions cérébrales reviennent par accès avec coloration de la face, symptômes épileptiques, etc.; après quoi, flaccidité des membres, stupeur. La désorganisation du cerveau devient-elle complète, plus d'accès : un épanchement de sang a-t-il lieu dans une de ces congestions, même résultat.

Une première congestion brusque amène *un épanchement sanguin*, paralysie avec résolution (apoplexie); plus ou moins long-temps après, nouvelles congestions; la présence d'un corps étranger augmente l'irritation; inflammation des parois du foyer, *ramollissement consécutif.* Si le caillot n'est pas assez considérable pour anéantir les fonctions de cette moitié du cerveau, contraction des muscles paralysés, douleur, mouvemens convulsifs, etc., c'est-à-dire, symptômes consécutifs de ramollissement ou d'inflammation du cerveau. Si le caillot est plus volumineux, et par conséquent la compression du reste



de l'hémisphère plus considérable, alors, malgré le ramollissement, c'est à-dire, l'inflammation des parois du foyer, les fonctions de cette moitié du cerveau étant anéanties, point de phénomènes nerveux, point de symptômes d'irritation cérébrale dans les parties paralysées : c'est le cas le plus commun dans les apoplexies. Ainsi, le ramollissement, ou, pour mieux dire, l'inflammation du cerveau, peut précéder, accompagner ou suivre l'hémorrhagie.

Vous concevez de même très-facilement comment une inflammation de l'arachnoïde, accompagnée nécessairement de congestion cérébrale, peut amener un ramollisement ou une apoplexie, et réciproquement comment un ramollissement ou une apoplexie peuvent déterminer une méningite, soit aiguë, soit chronique : *ubi stimulus, ibi fluxus.*

§. XIX. Les observations de ramollissement, avec infiltration ou collection de pus, que nous examinerons dans la Lettre suivante, ayant, avec celles dont nous venons de parler, la plus grande ressemblance sous le rapport des symptômes et du traitement, je ne puis m'occuper de ces deux points importans qu'à la fin de la seconde Lettre.



LETTRE DEUXIÈME.

Ramollissement du Cerveau, avec infiltration de pus ou suppuration commençante.

Nous avons examiné, dans la lettre précédente, les ramollissemens du cerveau accompagnés d'injection vasculaire, d'infiltration, et même d'épanchement de sang. Nous avons vu que c'était à ce liquide qu'il fallait attribuer la coloration plus ou moins foncée de la substance grise, et nous avons regardé cette injection sanguine comme une preuve d'inflammation aiguë terminée par la mort, pendant la première période, ou état de *crudité*. En un mot, c'est la présence du sang dans la substance cérébrale désorganisée qui a principalement fixé notre attention (1). Maintenant il

(1) Je viens de recevoir de mon ami, le docteur Cruveilhier, auteur de l'*Essai sur l'Anatomie pathologique*, etc., l'observation suivante, qui confirme tout ce que nous avons vu jusqu'à présent.

[*A*] Madame Chabrol, boulangère, âgée d'environ 50 ans, d'un embonpoint considérable, avait eu, depuis 30 ans, de violentes migraines qui occupaient les arcades sourcilières, et quelques accès de rhumatisme chronique, lorsque, au commencement d'avril 1820, on s'aperçut qu'elle négligeait ses

nous reste à examiner le rôle que joue le pus dans les ramollissemens du cerveau. Vous le verrez prendre la place du sang, s'infiltrer comme lui dans la substance cérébrale, se combiner en quelque sorte avec

---

affaires. Autrefois active, intelligente, elle était devenue apathique et comme stupide; elle sentait ses jambes fléchir sous elle et avait une grande tendance, au sommeil.

Douze sangsues à l'anus. Le 26 avril, trois semaines après l'invasion, M. Cruveilhier, appelé, trouva la malade dans l'état suivant : stupeur, pesanteur de tête, faiblesse des membres du côté *gauche*, réponses très justes, mais difficiles; déviation de la commissure droite des lèvres à la moindre contraction des muscles faciaux; déviation de la langue à droite; succession sans motifs de pleurs et de ris; pouls un peu concentré, mais point fréquent. Cet état apoplectiforme n'en imposa pas à M. Cruveilhier; la marche des symptômes lui fit soupçonner ou un épanchement séreux ou un ramollissement du cerveau. Il porta un pronostic fâcheux, et n'osant insister sur les évacuations sanguines, il eut recours aux dérivatifs (vésicat. au bras, émét. en lavage, 2 grains). Point d'évacuations alvines, ni de vomissemens; assoupissement, respiration ronflante, déglutition difficile, hoquet.

Le lendemain et le surlendemain (émét. 1 grain, phosphate de soude, 1 once, dans une pinte d'eau), vomissemens et selles. Les deux jours suivans même éméto-cathartique à moindre dose, point d'évacuations. (Vésicatoire à la nuque, pédiluves sinapisés, frictions avec la teinture de cantharides et l'alcool de mélisse, lavemens purgatifs.) Amélioration sensible de tous les symptômes.

Ce mieux ne fut pas de longue durée : les membres du côté droit, qui jusqu'alors avaient été libres, perdirent le sentiment et le mouvement, le supérieur complétement, l'inférieur *en partie seulement*. La langue s'embarrassa de nouveau. (Infus. d'arnica, mélisse, potion avec extr. de kk. et acét. d'ammon., lav. purg.)

elle, lui communiquer aussi sa couleur, changer celle de la substance grise, se réunir comme lui en masses assez considérables pour former des foyers distincts; et de même que nous n'avons pu trouver de ligne de

---

Le lendemain (pil. avec extr. de coloq., 2 grains résine de jalap, 2 grains sirop de nerprun, quantité suffis). Après la deuxième pilule la malade prend des asperges au vinaigre et du vin. Aussitôt vomissemens, selles et urines involontaires, assoupissement continuel, ronflement, bâillemens, déglutition très difficile. Pour la première fois le pouls devient fréquent; cependant le ventre est souple, indolent; les facultés intellectuelles ne sont pas entièrement anéanties. Mais les symptômes augmentent encore pendant deux jours, et la mort arrive le 7 mai, un mois, au moins, après le développement des premiers symptômes, et 12 jours après l'apparition de la paralysie.

Autop. cadav. Le crâne a été scié circulairement; mais la scie ayant entamé la dure-mère, et celle-ci étant très adhérente aux os, le cerveau a suivi le crâne et la dure-mère. (Voy. la note de la préface, page 17, relative aux précautions à prendre pour ouvrir le crâne et examiner le cerveau.) Le cervelet et la protubérance annulaire sont seuls restés à leur place; une quantité assez considérable de sérosité s'est écoulée. Le cerveau a été divisé par tranches de sa convexité vers sa base. On parvint jusqu'aux ventricules latéraux sans découvrir d'altérations. ils étaient médiocrement dilatés; la partie antérieure du plancher de ces ventricules était *rugueuse au tact et à la vue;* la voûte à trois piliers était, dans cette partie, *intimement unie* aux corps cannelés : le *droit* était ramolli, désorganisé dans une étendue peu considérable; le *gauche*, et la couche des nerfs optiques du même côté, présentaient la même altération dans la plus grande partie de leur étendue. Point d'extravasion sanguine, mais injection vasculaire considérable des parties désorganisées; *coloration brunâtre* de ces mêmes

démarcation bien tranchée entre la simple injection vasculaire et l'épanchement apoplectique, de même nous arriverons, par des nuances insensibles, de la plus légère coloration du cerveau par le pus, jusqu'aux

---

parties, ainsi que du centre de la protubérance cérébrale, désorganisée de la même manière.

Poitrine. Rien de remarquable.

Abdomen. Membrane muqueuse de l'estomac couverte de larges plaques ecchymosées, d'un rouge très vif, surtout vers l'orifice œsophagien. La plus grande partie des intestins grêles, descendue dans la cavité du bassin, contenait des vers. La trompe et l'ovaire du côté droit étaient adhérens aux parties voisines par du tissu lamineux qui ne permettait pas à ces organes de pouvoir se rapprocher. L'ovaire gauche, qui avait conservé ses rapports naturels, était comme atrophié; l'utérus avait moins de volume que de coutume. (La malade avait été stérile.)

Je ne puis entrer ici dans les détails qu'exigerait l'examen de cette observation intéressante; mais je ne saurais m'empêcher de vous faire remarquer la justesse du diagnostic du docteur Cruveilhier, la coïncidence de cette ancienne et violente migraine avec les granulations de la surface de l'arachnoïde des ventricules (voyez les obs. nos 9 et 10), et l'adhérence intime de la voûte à trois piliers avec les corps cannelés; le développement lent et gradué de la paralysie, d'un côté d'abord, puis de l'autre après une amélioration momentanée; le siége du ramollissement dans la substance grise; l'injection sanguine et la coloration brunâtre des parties désorganisées. Rapprochez aussi le traitement, et l'indigestion que s'est donnée la malade, de l'état de la membrane muqueuse de l'estomac.

M. Gombault, élève interne à l'Hôtel-Dieu, vient de me communiquer aussi une observation analogue.

[*B*] Armand Pierre, âgé de 58 ans, cultivateur, robuste, brun, sec, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, le 31 septembre 1819. Céphalalgie, face animée, pupilles mobiles, décubitus en supination, assoupissement, membres

abcès proprement dits. Seulement, pour procéder du connu à l'inconnu, de l'évident au douteux, je commencerai par les observations dans lesquelles le pus est déjà réuni dans quelques points en masse assez

---

roides, dans une position moyenne entre la flexion et l'extension ; quelques mouvemens dirigés par la volonté, mais brusques, irréguliers ; impatience, inquiétude ; réponses brèves et sèches ; facultés intellectuelles affaiblies. Cependant, on apprit de lui que, depuis trois semaines, et surtout le jour de son entrée, il avait éprouvé des maux de tête, de la pesanteur, du malaise, qui jusqu'alors ne l'avaient pas empêché de vaquer à ses occupations. (Pédiluves.) Le lendemain, roideur plus prononcée des membres, trouble plus considérable des fonctions intellectuelles, distorsion de la bouche. (Saignée du pied, pédiluves.) Le soir, état comateux, sensibilité émoussée, respiration plus lente. (15 sang. au cou ; sinap. aux pieds.)

Troisième jour, abolition complète de l'intelligence et des fonctions des sens, émission involontaire de l'urine, persistance de la *roideur* des membres. (Sinap., lav. purg., saignée du pied, qui ne donne pas de sang.)

Quatrième jour, *cessation de la roideur des membres ;* soulevés et abandonnés à leur propre poids, ils retombent comme des masses inertes. Cependant, la sensibilité n'y est pas entièrement éteinte ; respiration stertoreuse, bouche couverte d'écume. Mort dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Autop. cadav. Vaisseaux de la tête peu gorgés de sang ; arachnoïde saine à la surface du cerveau et dans les ventricules ; pie-mère fortement injectée ; cerveau très ferme ; substance blanche de l'hémisphère *gauche* comme sablée par une foule de petits points rouges ; même état de la partie supérieure de l'hémisphère *droit*, à un pouce et demi de la surface, par conséquent dans la substance blanche aussi. A la partie inférieure du corps strié et de la couche des nerfs optiques du même côté, en dehors du ventricule latéral droit, la substance cérébrale était, dans l'étendue de deux pouces et demi

considérable pour former de petits foyers distincts. Si j'ai suivi un ordre inverse dans la lettre précédente, c'est que je voulais vous montrer la grande affinité qui existe entre les inflammations et les hémorrhagies de la substance cérébrale, c'est qu'aussi la présence du sang était bien plus facile à démontrer que celle du pus.

Du reste, je suivrai toujours la même marche dans l'exposition et l'analyse des observations particulières, et puisque vous n'êtes pas encore convaincu que l'altération qui nous occupe soit le résultat d'une inflammation, je continuerai à l'appeler *ramollissement*, pour que vous puissiez apprécier sans prévention toutes les circonstances propres à déterminer votre jugement.

N° I.

76 ans : paralysie avec roideur et contraction des membres du côté *gauche*, amélioration sensible le quatrième jour, rechute le cinquième. Mort le septième. — *Deux ramollissemens dans la substance grise des lobes moyen et postérieur* droits, *l'un supérieurement, puriforme et mêlé de petits abcès, l'autre inférieurement, brunâtre et infiltré de sang; inflammation de l'arachnoïde bornée au même côté du cerveau.*

---

environ, désorganisée, ramollie, pulpeuse, *d'un rouge brunâtre;* au centre, une espèce de caillot moins mou, plus rouge, semblait formé presque entièrement par du sang. A la périphérie, point de limite tranchée entre les parties saines et celles qui sont désorganisées.

Vous trouverez encore dans la thèse de M. Deslandes, sur la phlegmasie des méninges, 1817, obs. 6, un exemple d'inflammation chronique de l'arachnoïde, avec ramollissement et coloration en *rouge brun* de la couche optique droite.

Le 1er avril 1816, on apporta à l'Hôtel-Dieu un homme, âgé de 76 ans, replet, fort, d'une constitution *apoplectique*. Il avait été trouvé la veille étendu dans sa chambre, sans connaissance. Autrefois limonadier, et depuis peu de temps sans état, il avait toujours mené une vie fort régulière et n'avait jamais éprouvé de symptômes semblables. Examiné à la visite du soir, il est couché sur le dos. Les membres *du côté gauche ont perdu le mouvement et le sentiment; mais ils sont à demi-fléchis*, *roides et contractés*, *surtout quand on essaye de les étendre*. Les mouvemens des membres du côté droit sont libres et assez faciles. Le malade porte souvent la main à son nez, comme pour prendre une prise de tabac. La bouche est entr'ouverte, la langue sèche et noire, les yeux fermés, la respiration assez paisible, l'ouïe un peu dure, le pouls assez développé, mais point fréquent. Les fonctions intellectuelles ne sont pas entièrement abolies (lavement purgatif); évacuations abondantes. Le lendemain matin, même état. (Lavement purgatif, sinapismes aux pieds.)

Le 3 avril, peu de changement. (Affusions sur la tête à la température de 15 à 16 degrés, et ensuite plus froides pendant 5 minutes.) Après l'affusion, le malade ouvre facilement les yeux, entend mieux, donne des signes d'une intelligence moins obtuse, mais se réchauffe lentement; la figure est plus naturelle, le pouls a peu changé. Deux heures après l'affusion, nouveau lavement purgatif, nouveaux sinapismes aux jambes. Dans la journée, le mieux se sou-

tient; le malade prend du tabac avec la main droite; il chante même pour en avoir. La langue devient humide et reprend peu à peu sa couleur naturelle. Le soir, on renouvelle l'affusion froide; elle produit les mêmes effets que le matin, c'est-à-dire, que l'intelligence et les sens sont plus éveillés; mais le malade se réchauffe difficilement.

Le 4, retour des accidens, affaissement plus marqué que la veille au matin, engourdissement plus considérable de l'intelligence, pouls fréquent, bouche toujours humide : on cesse les affusions.

Le 6 avril, septième jour de la maladie, les yeux sont ternes. Mort vers midi.

Autop. cadav. Tête. L'adhérence du crâne avec la dure-mère étant très intime, il s'écoule, dans les efforts qu'on fait pour les séparer, une grande quantité de sérosité. En renversant la dure-mère du côté *droit*, on remarque qu'elle adhère à l'arachnoïde par une couche mince de substance couenneuse facile à voir au moment où l'on sépare ces membranes, mais sans consistance et se rompant au plus léger tiraillement. L'arachnoïde, toujours du côté *droit*, est un peu épaissie; la pie-mère adhère, dans une grande étendue des lobes moyen et postérieur, avec la substance grise. Dans cet endroit, le cerveau, d'un blanc sale, est tellement diffluent, qu'il s'enlève avec les membranes, et retombe en gouttes comme du pus épais. Vers la partie supérieure du lobe postérieur, on trouve gros comme un pois de véritable pus, sur la nature duquel il est impossible d'élever le

moindre doute. Vers la partie inférieure du lobe moyen, une petite quantité de sang est infiltrée, plutôt qu'épanchée, dans la substance *grise*, et lui donne un aspect brunâtre. Dans cet endroit les vaisseaux sont plus dilatés, comme engorgés, et la substance cérébrale est au moins aussi molle que celle dont nous avons parlé. Le lobe antérieur et les autres points de cet hémisphère sont fermes et dans l'état ordinaire. Le ventricule latéral de ce côté (droit) contient une certaine quantité de sérosité; l'autre est sec.

Du côté gauche, les membranes et la substance cérébrale sont partout dans l'état naturel. Les autres cavités n'ont pas été ouvertes.

§. I. Presque toutes les circonstances de cette observation sont remarquables sous quelques rapports. Les symptômes propres au ramollissement sont rarement aussi bien caractérisés. Ils se sont montrés à gauche, et c'était l'hémisphère droit du cerveau qui était malade; mais il existait dans cet hémisphère deux altérations bien distinctes. Dans l'une, la surface des lobes moyen et postérieur avait pris l'aspect et la consistance du pus; on y trouva même un petit foyer purulent. Dans l'autre, la substance grise de la surface inférieure du même lobe moyen, était, au contraire, de couleur brunâtre, comme imprégnée de sang et environnée de vaisseaux très-dilatés. D'où vient cette différence? Pourquoi la première altération n'offrait-elle pas cette coloration particulière que nous avons jusqu'à présent toujours rencontrée dans la

substance grise, et qui existait en effet un peu plus loin dans la seconde?

Les premiers symptômes, après avoir presqu'entièrement disparu, sont revenus tout à coup deux jours avant la mort, et il existait deux altérations bien distinctes: il est donc très-probable que l'une des deux a été cause des premiers accidens, et l'autre des derniers. Et vous attribuerez nécessairement les symptômes les plus anciens à celle des deux altérations qui porte l'empreinte d'une date plus ancienne, c'est-à-dire, à celle qui est accompagnée de suppuration; et les plus récens à celle que nous avons été conduits à regarder comme le résultat d'une inflammation aiguë arrêtée par la mort au moment de sa période d'irritation, de *crudité*. Cela est d'ailleurs conforme à tout ce que nous savons sur les inflammations.

Cette observation nous montre donc, dans le même tissu, la même maladie, à deux époques différentes, ou deux degrés de l'inflammation du cerveau. Nous surprenons la nature au moment où la suppuration naissante commence à devenir évidente par la réunion du pus en petits foyers distincts, et nous arrivons ainsi à cet état intermédiaire aux altérations que nous avons examinées dans la lettre précédente, et aux abcès dont nous nous occuperons dans la suivante; à cet état, dis-je, dans lequel le pus, déjà mêlé à la substance du cerveau, n'est pas encore réuni en masse assez considérable pour être visible.

Remarquez que, dans l'une de ces altérations, le pus infiltré dans la substance grise lui avait communiqué sa couleur, de la même manière, que dans l'autre, l'infiltration du sang lui donnait un aspect *brunâtre*.

Vous avez vu également ces deux degrés de l'inflammation du cerveau bien caractérisés et isolés, dans l'observation n° 2, de la lettre première, où nous avons trouvé la substance grise de la partie antérieure de l'hémisphère gauche très-injectée, et la partie postérieure du ventricule du même côté détruite comme par suppuration, de manière à laisser une cavité, en forme de ventricule accidentel.

§. II. Vous voyez encore ici une complication de méningite; mais celle-ci est surtout remarquable, en ce qu'elle est évidemment due à l'inflammation du cerveau; elle est bornée à l'hémisphère affecté; la membrane séreuse est épaissie vis-à-vis des points ramollis; elle adhère au cerveau par l'intermédiaire de la pie-mère; enfin le ventricule de ce côté contient seul de la sérosité. D'un autre côté, si ce malade n'a présenté aucun symptôme particulier qui ait pu faire soupçonner une méningite, c'est qu'elle était légère, bornée au côté du cerveau désorganisé et postérieure à cette désorganisation.

§. III. L'effet immédiat des affusions froides a été très-marqué. C'est un moyen énergique, sur l'efficacité duquel il n'est pas possible d'élever le moin-

dre doute. Mais vous avez dû remarquer que le malade avait eu de la peine à se réchauffer : c'est un inconvénient très grave, en ce qu'il en résulte souvent des inflammations dans d'autres organes, et en particulier dans ceux de la respiration. Aussi je regretterai toujours de n'avoir examiné ni la poitrine, ni l'abdomen.

§. IV. Théodore Collado (Adversaria, l. 1, cap. 20, §. 57), en parlant de plusieurs malades affectés de phrénésie, qu'il avait vus, ajoute : « Quorum unum memini me presente dissectum qui ex phrenitide notha et *remissa* incidit in paralysim et apoplexiam ex quibus periit : ei inventa est meninx *purulenta* et medullæ cerebri exterior pars vicina inflammata, partìm ex *rubro nigricans*, partìm *purulenta*.

Malgré le laconisme vague de cette description, vous y démêlerez cependant des symptômes d'inflammation des méninges (phrénésie), suivis, après une *rémission*, de ceux d'inflammation du cerveau (paralysie) ; vous y reconnaîtrez les deux états dont nous parlions, puisqu'une partie du cerveau était d'un *rouge noirâtre*, et que l'autre était déjà *purulente*.

§. V. Bonnet (Sepulcret. anat., l. 1, sec. 12, obs. 20) rapporte une observation de Jean Bauhin, tout-à-fait semblable à celle de Collado. « Melancolicus juvenis *paralysi* et *convulsione* in febre laborans, *epilepsiæ* frequentes paroxismos patiebatur, etc... In latere dextro admodùm turgebant venæ tenuis meningis, multo sanguine nigro et concreto, ea pars *ni-*

gricabat et *apostema* continebat in proxima cerebri parte. »

A travers l'obscurité de cette description, vous remarquerez cependant que la paralysie était accompagnée de convulsions et de fréquens accès d'épilepsie, que l'arachnoïde était enflammée, et que la partie sous-jacente du cerveau était noirâtre et contenait un abcès. Les expressions de Bauhin sont tout-à-fait équivalentes à celles de Collado : partìm ex rubro *nigricans*, partìm *purulenta.* C'était probablement, dans ces deux cas, la substance grise qui avait cette couleur foncée. Il est encore infiniment probable, pour ne pas dire certain, que ce qu'on a appelé gangrène du cerveau, n'était autre chose qu'un ramollissement dont la couleur était, comme dans ces deux cas, extrêmement foncée.

§. VI. Vous avez vu, dans l'observation n° 9 de la première lettre, une affection tout-à-fait semblable chez le jeune homme qui, à la suite d'un coup reçu à la tempe, éprouva de la céphalalgie, une altération des facultés intellectuelles, des douleurs dans les membres, puis tout à coup une paralysie de ceux du côté droit, avec augmentation de la sensibilité ; la surface interne du ventricule gauche était comme *contuse* ; au-dessous et en avant, la substance cérébrale était d'un *rouge amaranthe* ; le centre de cette partie était *ramolli et à moitié réduit en pus.* Rien de plus positif que ces expressions de M. Dan de la Vauterie ; elles n'ont pas besoin de commentaire.

§. VII. Depuis la publication de cette première lettre, M. Avisard a lu, à l'Athénée de médecine de Paris (*Voyez* Biblioth. médic., août 1820), plusieurs observations de ramollissement du cerveau, parmi lesquelles la seconde présente une altération tout-à-fait semblable aux trois précédentes.

« Dans le cours du mois de janvier 1818, on apporta à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de soixante-dix ans, sans connaissance. Tout ce qu'on obtint des personnes qui l'amenèrent, fut de savoir qu'elle était malade depuis huit jours, et que l'émétique lui avait été administré plusieurs fois. On observa que la face était pâle, les commissures des lèvres point déviées, les membres droits dans une insensibilité complète, ceux du côté gauche ne jouissant que d'une sensibilité très-obtuse, le pouls à peine sensible, et tout le corps déjà pénétré d'un froid glacial. (Sinapismes aux jambes.) Mort dans la nuit.

» *Examen du cadavre. Crâne.* Tout l'hémisphère gauche du cerveau, hormis les extrémités des lobes antérieur et postérieur, se réduisait *en bouillie* sous la plus légère pression du doigt; une ligne, d'un *rouge pâle*, circonscrivait ce ramollissement; les parties placées hors de cette ligne présentaient une multitude de points rouges, au fur et à mesure qu'on en faisait la section; l'hémisphère droit et les méninges étaient sains; les ventricules et les fosses occipitales contenaient plusieurs cuillerées d'une sérosité rougeâtre et limpide.

» *Abdomen.* L'estomac, fortement contracté sur lui-

même présentait sa membrane muqueuse striée et plaquée de rouge. On fit la même remarque sur le duodénum ; tout le reste était sain. »

Je ne m'arrèterai pas aux symptômes observés chez cette malade : M. Avisard n'a assisté qu'à son agonie, et il n'a pu voir que ceux d'une apoplexie. Vous retrouvez dans les altérations du cerveau les deux degrés d'inflammation que nous avons vus si bien caractérisés dans les observations que je viens de vous citer. Aussi l'auteur regarde-t-il ce ramollissement comme le résultat d'une inflammation. Remarquez toutefois qu'ici il n'est pas question de suppuration. M. Avisard dit seulement que cette partie du cerveau, circonscrite par une ligne d'un *rouge pâle* et environnée d'une atmosphère de vaisseaux injectés, se réduisait en bouillie sous la légère pression. Vous ne pouvez pas douter cependant de l'identité parfaite qui existe entre cette affection et les précédentes. Ce rapprochement est d'une grande importance, en ce qu'il doit déjà vous faire pressentir que le ramollissement du cerveau en une espèce de bouillie, et celui où l'on trouve du pus mêlé à la substance cérébrale désorganisée, ne sont que des degrés de la même maladie. Vous verrez bientôt des observations qui nous conduiront de l'un à l'autre par des nuances insensibles.

N° 2.

70 ans : constitution apoplectique, pesanteur et engourdissement des membres *gauches*, vomissemens spontanés, coma profond, immobilité de tous les membres. — *Injection des vaisseaux des méninges, ramollissement de la partie antérieure de l'hémisphère* droit, *du corps strié et du corps calleux*, *mêlé de pus.* (Rochoux, Recherches sur l'Apoplexie, page 178.)

« Baillet (Rodogune), âgée de 70 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne et forte constitution, grosse, pléthorique, ayant le cou court, avait joui toute sa vie d'une bonne santé. Pendant l'hiver de 1812, elle fut prise d'une vive douleur de hanche, qui dura près de six semaines. Peu à peu elle commença à éprouver un sentiment de *pesanteur* et *d'engourdissement dans les membres gauches ;* mais comme du reste sa santé n'était pas dérangée, elle ne tenait aucun compte de cet accident. Vers le 28 avril 1813, elle eut pendant un jour des vomissemens bilieux spontanés, à la suite desquels elle parut être dans son état ordinaire. Le 3 mai, en sortant de déjeuner avec appétit, elle tomba tout à coup sans connaissance : immobilité de tous les membres, rougeur de la face. (Tart. stib. vésic, jamb.) L'émétique ne produit aucun effet, et la connaissance ne revient pas.

» Le 4, on la transporte à la maison de santé dans l'état suivant : coma profond, visage rouge violet, vultueux ; respiration assez libre, immobilité de

tous les membres, ventre resserré. (8 sang. temp. orang.)

» Le 5, absolument même état, déglutition très-difficile; pouls, cent quarante-quatre; pas de selles, (Même prescript.) Le soir, la respiration devient râlante. Mort dans la nuit.

» *Ouverture du cadavre. Crâne.* La dure-mère était très adhérente et contenait une très-grande quantité de sang dans les vaisseaux. Il en était de même pour ceux de l'extérieur du cerveau.

» Toute la partie antérieure de l'hémisphère droit, les trois quarts environ du corps strié de ce côté, et une portion du corps calleux, en dehors, étaient ramollis et réduits en une espèce de bouillie pultacée, qui semblait formée par une *trituration* de la substance cérébrale avec du *pus*, et qui se laissait facilement entraîner par un courant d'eau, de manière à laisser une sorte de grande *caverne*, bornée en dedans par le ventricule, avec lequel elle ne communiquait pas; en avant et en dehors, par une légère couche de substance corticale retenue par l'arachnoïde et la pie-mère. Le reste du cerveau, de même que le cervelet, était très-sain et ferme; les ventricules contenaient au plus deux gros de sérosité.

» Les organes de la poitrine et ceux de l'abdomen étaient dans la plus parfaite intégrité. »

§. I. Les symptômes de la maladie, au moment où M. Rochoux put l'observer, ressemblent, à la vérité, à ceux d'une violente apoplexie. Mais nous retrouvons,

dans ceux qui ont précédé, la marche lente et graduée que nous avons déjà signalée dans plusieurs observations de la lettre précédente. Pendant long-temps, les membres du côté *gauche* ont été pesans et engourdis, et l'altération avait son siége au côté *droit* du cerveau. Aussi M. Rochoux, en parlant des symptômes précurseurs des deux maladies dont il vient de rapporter l'histoire (*Voy.* Let. Ire, no 15), ajoute-t-il avec beaucoup de raison : « Il est peut-être encore vrai que si un observateur attentif avait pu voir et observer ces symptômes, ils lui auraient fait connaître dès-lors une altération profonde et cachée de la substance cérébrale. »

§. II. Le corps strié ne présentait aucune coloration particulière, et vous en voyez la cause dans les expressions remarquables dont se sert ce judicieux observateur pour caractériser cette espèce de bouillie pultacée, « qui semblait formée par une *trituration* de la substance cérébrale avec du *pus*, etc. » Cette description frappante de vérité confirme de la manière la plus claire et la plus positive ce que je vous disais de cet état dans lequel le pus, déjà mêlé à la pulpe cérébrale, n'est pas encore réuni en foyer : et vous devez y ajouter d'autant plus de confiance, que M. Rochoux ne regarde pas cette altération comme le résultat d'une inflammation.

No 3.

36 ans : symptômes d'épilepsie pendant près de trois jours, ensuite convulsions moins fortes, puis soubresauts dans les tendons, ictère, paralysie avec contraction du côté *gauche*.

Mort subite le deuxième jour de l'entrée.— *Inflammation de l'arachnoïde des ventricules latéraux et de la surface du cerveau, plus marquée à* droite *qu'à gauche ; ramollissement avec suppuration du lobe moyen* droit *et du corps strié ; engorgement sanguin du foie ; bile extrêmement épaisse.*

Dans le mois de novembre 1813, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 5, un homme d'environ 36 ans, d'une forte stature, entièrement privé de connaissance, et sur la maladie duquel on ne put avoir aucun renseignement. Les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés du corps fortement fléchis, et agités de violens mouvemens convulsifs, ne pouvaient être étendus qu'en employant une force considérable. La bouche était entr'ouverte, la langue humide, les levres couvertes d'écume, sans déviation des commissures à droite ou à gauche; les yeux renversés et grandement ouverts, la pupille presque insensible aux brusques variations de la lumière, le pouls dur, assez fort, et si fréquent, qu'on ne pouvait compter les pulsations. Toute la surface du corps était couverte d'une sueur abondante et visqueuse. Je crus d'abord que le malade n'avait qu'un accès d'épilepsie. Mais étant revenu plusieurs fois à son lit, et voyant qu'au bout de cinq ou six heures il ne s'était fait aucun changement dans son état, je pensai qu'il avait une fièvre *pernicieuse* ou *ataxique*, et qu'il ne passerait pas la nuit. Cependant je lui fis appliquer des sinapismes aux pieds, et l'on parvint à lui faire avaler quelques cuillerées d'une potion antispasmodique.

Le lendemain, à la visite, même état; seulement le pouls était moins fort. (Julep antispasmodique, lavement purgatif; le soir, sinapisme aux genoux.)

Le troisième jour, les mouvemens convulsifs ont presque disparu, mais il reste des soubresauts dans les tendons; les sueurs ont cessé, les sensations sont moins obtuses, le malade bégaye quelques mots. Cependant le pouls est petit et très-fréquent; les mains, les pieds, les jambes et les avant-bras sont froids; la langue est sèche. (Même prescript. que la veille : les sinapismes sont remplacés par un vésicatoire au mollet.)

Quatrième jour, tous les symptômes nerveux ont disparu; la peau de la face est un peu jaune, la bouche est plus sèche, les extrémités sont toujours froides, point de sueurs : on remarque un peu de *roideur* dans le côté gauche.

Cinquième jour, toute la peau du corps est *jaune*; les urines sont colorées, déposent un sédiment blanc et léger; sueur assez abondante, mais extrémités toujours froides, pouls insensible. Il se forme une escarre gangréneuse au coccix. (Décoction de quinquina en lavement et en boisson; vin pur, vin de quinquina.)

Sixième jour, la langue est moins sèche, la parole plus libre, les mouvemens sont plus faciles; le malade se trouve mieux. Les membres sont toujours froids; douleur dans l'*épaule gauche;* toux légère.

Le septième, le malade est assez gai, l'ictère diminue, les urines sont épaisses, troubles, sédimen-

teuses et très-brunes. Mais les membres du côté gauche sont comme *paralysés*, dans un état de *roideur permanente;* la tête est toujours inclinée sur l'épaule gauche, et la face un peu tournée à droite, par la contraction des muscles du côté gauche du cou.

Le huitième jour, même état que la veille.

Le neuvième, le malade semblait être mieux ; il s'était promené. On venait de panser ses vésicatoires, lorsqu'il mourut tout à coup.

Autop. cadav. Crâne. Beaucoup de sérosité épaisse entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux côtés, mais plus abondante à droite qu'à gauche. Ramollissement de la substance grise à toute la surface du lobe moyen *droit.* On le coupe par tranches, et on trouve, au milieu de la substance blanche très-molle, plusieurs petits foyers de pus blanc et fluide, et du pus également réuni en plusieurs foyers, dans l'épaisseur du corps strié du même côté. La substance grise des circonvolutions et celle du corps strié étaient aussi blanches que le centre ovale de Vieussens. L'arachnoïde, qui recouvre les deux ventricules latéraux, était *épaissie et granulée* à sa surface ; la cavité de ces ventricules était remplie d'une sérosité trouble, lactescente.

Poitrine. Poumons crépitans, adhérences anciennes entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, cœur sain.

Bas-ventre. Estomac et intestins sains, foie sain, mais gorgé de sang; dans la vésicule, beaucoup de bile épaisse, semblable à du méconium.

§. I. Rien ne ressemble plus à un violent accès d'épilepsie que l'état, vraiment effrayant, dans lequel se trouvait le malade au moment de son arrivée; seulement les mêmes symptômes durèrent sans interruption pendant près de trois jours. Vous verrez par la suite que cet aspect épileptiforme appartient spécialement aux affections de l'arachnoïde.

Les quatrième et cinquième jours, en même temps que les symptômes nerveux diminuent, un ictère se manifeste. On ne remarque plus que de la roideur dans le côté *gauche*; mais l'ictère diminue; douleur dans l'épaule *gauche*. Le lendemain et jours suivans, *paralysie avec roideur permanente*, etc., toujours du même côté. Vous voyez, par cette succession des symptômes, une oscillation remarquable de la fluxion inflammatoire entre l'encéphale et le foie. La première diminue à mesure que la seconde se prononce, et celle-ci disparaît bientôt, quand la première reprend son énergie : ὁ σφοδρότερος ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον, *vehementior obscurat alterum.* Quoique cette affection du foie n'ait duré que deux jours, nous en retrouvons cependant des traces après la mort, et elles sont proportionnées à sa durée et à son intensité. Elle est surtout remarquable, en ce qu'elle n'a pu être produite par aucune commotion du foie, puisque l'affection cérébrale était spontanée.

Vous remarquerez aussi que les symptômes de méningite ont été remplacés, d'une manière insensible, par ceux d'encéphalite, qui à la fin sont devenus très-prononcés, et que l'épaississement de l'a-

rachnoïde des ventricules, les granulations qui la recouvraient, la sérosité trouble et lactescente qu'elle contenait, ne laissent aucun doute sur l'ancienneté et l'intensité de l'inflammation de cette membrane.

§. II. Je n'ai pas besoin de vous faire observer que les symptômes de ramollissement se sont montrés à *gauche*, et que la maladie existait entièrement du côté *droit* du cerveau. Je n'insisterai pas non plus sur ces petits abcès disséminés dans la substance cérébrale ramollie, comme preuve de la nature inflammatoire de cette altération. Je vous rappellerai seulement que, dans ce cas-ci comme dans les précédens, la substance grise des circonvolutions et celle du corps strié n'étaient pas colorées ; ce qui prouve de plus en plus que, si sa couleur foncée tient à la présence du sang, sa décoloration tient à la présence du pus.

§. III. La mort est survenue tout à coup dans le moment où le malade semblait hors de danger : c'est un événement que nous aurons l'occasion de signaler dans bien des cas de suppuration du cerveau.

L'observation suivante est encore plus importante sous différens rapports. J'en retrancherai seulement tout ce qui serait sans intérêt pour nous.

§. IV. Clologe, militaire, âgé de trente huit ans, reçut dans l'épaule droite un coup de lance, à la suite duquel se développa un anévrisme de l'artère axillaire, qui acquit un volume considérable. La tumeur paraissait sur le point de se rompre : la ligature de

l'artère sous-clavière, au-dessus de la clavicule, pouvait seule sauver le malade. Il s'y décida : elle fut pratiquée le 30 mars 1819. Malgré les difficultés que présentait l'opération, à cause de l'énorme développement de la maladie, une ligature fut passée au-dessous de l'artère, en la soulevant ; on suspendit plusieurs fois les battemens dans la tumeur ; mais, lorsqu'on la serra, le malade éprouva une douleur très-vive dans le cou.

Le lendemain, la douleur diminua ; le membre recouvra sa chaleur et sa sensibilité.

Les quatrième et cinquième jours, retour des douleurs.

Le septième, douleurs plus vives. On pratiqua successivement quatre saignées, qui ne produisirent point de soulagement durable.

Dans la nuit du septième au huitième jour, perte de connaissance, agitation des membres inférieurs principalement, pupilles mobiles, respiration courte et fréquente, pouls petit, irrégulier.

Le huitième jour, renversement considérable de la tête en arrière, alternatives d'agitation et d'affaissement. Mêmes symptômes que la veille. Mort le soir.

Autop. cadav. La ligature avait embrassé avec l'artère les branches du plexus brachial, qui viennent de la troisième paire.

L'extrémité postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau avait à sa surface une couleur *verdâtre* ; plus profondément, elle était désorganisée, d'une mollesse

diffluente et *de même couleur*. Au milieu de cette altération, existait un foyer purulent, qui s'étendait jusqu'au ventricule latéral du même côté ; il s'en écoula plus d'une cuillerée d'un liquide épais, *verdâtre* ; à deux ou trois lignes autour de ce ramollissement, la substance cérébrale prenait un peu plus de consistance, était parcourue par des vaisseaux plus injectés que de coutume. Ceux de la pie-mère étaient aussi un peu développés. Cependant l'arachnoïde était partout lisse et transparente ; les ventricules ne contenaient qu'un peu de sérosité rougeâtre.

Vous voyez, dans cette observation, d'une part, une inflammation des nerfs de la troisieme paire cervicale du côté *droit*, produite par la ligature ; de l'autre, une inflammation du cerveau, développée, ce qui est très-remarquable, dans l'hémisphère *gauche* du cerveau. La substance grise des circonvolutions avait pris la couleur verdâtre du pus renfermé dans l'abcès situé plus profondément, et la substance cérébrale qui environnait cet abcès, était molle, diffluente, et de même couleur que le pus. Les douleurs produites par la constriction de la ligature disparurent le lendemain, revinrent le quatrième jour, et augmentèrent jusqu'au septième d'une manière irrégulière, malgré quatre saignées. Ce n'est qu'à cette époque que se manifestèrent les symptômes propres aux affections cérébrales ; et vous reconnaîtrez parmi ces symptômes ceux que nous avons rencontrés dans les observations précédentes ; seulement les membres

inférieurs ont paru plus agités que les supérieurs ; ce qui tient à ce qu'on avait été obligé d'appliquer autour des épaules et des aisselles un bandage très-compliqué pour maintenir l'appareil, et prévenir les mouvemens inconsidérés qu'aurait pu faire le malade. Vous concevez d'ailleurs que l'attention était spécialement fixée sur l'anévrisme et les suites de l'opération, et qu'on a attaché peu d'intérêt aux symptômes d'une inflammation du cerveau, à laquelle on ne s'attendait pas.

N° 8.

81 ans : dysurie, mélancolie, *épilepsie* suivie d'*apoplexie* avec écume à la bouche. Mort au bout de 30 heures, 6 jours après le premier accès.— *Calcul dans la vessie ; abcès dans le ventricule* gauche ; *ramollisement de la substance corticale des deux côtés.* (Extrait de Valisneri : Éphem. nat. curios., cent. 8, Append., page 72.)

Alexandre Marchetti, professeur de mathématiques, etc., âgé de quatre-vingt-un ans, était tourmenté depuis très-long-temps par une difficulté d'uriner, accompagnée de douleurs atroces au moment de l'expulsion de l'urine, qui n'avait lieu que goutte à goutte. Les accidens augmentèrent; il tomba dans une profonde mélancolie ; sa constitution déjà sèche et irritable, se détériora de plus en plus. Il avait pris l'étude en horreur. Le 26 août 1714, il eut un accès d'épilepsie, qui ne dura qu'un quart d'heure ; mais, quelques instans après, il fut pris d'un second accès

plus grave que le premier. Une saignée calma un peu les accidens. Après l'usage de quelques antispasmodiques, il se trouva mieux, montra de la gaîté et de l'esprit dans ses réparties. Cinq jours après le premier accès d'épilepsie, il fut pris d'une violente attaque d'*apoplexie avec écume à la bouche*, perte totale des facultés intellectuelles, et mourut au bout de trente heures.

Tous les vaisseaux de l'intérieur et de l'extérieur du crâne étaient gorgés de sang; ce qui donnait aux parties molles une couleur noire.

La substance corticale du cerveau était si molle, que par le moindre contact elle était convertie en une matière fluide, comme si elle n'eût jamais eu de cohésion : « *Admodùm tenera erat, ut etiam leni attactu in fluidam substantiam converteretur quasi nunquàm cohæsisset.* Ayant ouvert le ventricule gauche on y trouva un *abcès* du volume d'une grosse muscade, rempli d'une matière livide, *putride*, mais sans odeur. Une partie du plexus choroïde était *détruite* et *corrompue;* le reste du cerveau était sain, ainsi que la moelle. La vessie contenait un calcul du volume d'un œuf de poule, rouge, irrégulier, hérissé de pointes.

§. I. Vous voyez ici, comme dans l'observation précédente, la maladie débuter par des symptômes épileptiques, avec cette seule différence que, dans l'une, ils étaient continus, et que, dans l'autre, il y eut une légère rémission entre deux accès : ils se sont calmés

aussi au bout de quelque temps. Enfin, cette amélioration sensible a été suivie d'une apoplexie avec *écume à la bouche*, c'est-à-dire, qu'elle a été accompagnée de symptômes nerveux qui n'appartiennent pas aux hémorrhagies cérébrales. Il n'est pas dit qu'il y ait eu paralysie plutôt d'un côté que de l'autre, ni que le ramollissement de la substance *corticale* ait existé plutôt à droite qu'à gauche; il est donc à présumer que l'altération et les symptômes étaient également prononcés des deux côtés. Quoique la description de l'abcès trouvé dans le ventricule, ne soit pas claire, elle ne laisse aucun doute sur l'existence d'une inflammation de ces parties. D'ailleurs, une partie du plexus choroïde était *détruite* et *corrompue;* ce qui ne peut avoir eu lieu sans une inflammation de l'arachnoïde.

Je ne vous ai pas parlé de la pierre trouvée dans la vessie : son volume, ses aspérités, etc. expliquent assez les symptômes dont s'est plaint le malade pendant plusieurs années.

On trouve encore dans les auteurs quelques exemples de ces ramollissemens du cerveau, dans lesquels le pus mêlé à la substance cérébrale, et difficile à reconnaître, a cependant été soupçonné. Malheureusement, presque toutes ces observations sont tellement tronquées, qu'elles ne peuvent servir qu'à confirmer des vérités déjà démontrées.

§. II. Ernest Gottl Schmidt (Obs. chirurg., tetr., obs. 3.) dit avoir trouvé sur un militaire, mort avec

à la suite de douleurs violentes et d'autres symptômes cérébraux survenus après un coup, tout l'hémisphère droit et une partie du gauche, transformés en une substance semblable à de la gélatine très-liquide, diffluente au moindre contact ou plutôt à une collection de pus. « *Substantia gelatinæ quidam liquidiori sive colliquamento potius similis esset, levissimoque contactu difflueret.* » Vous voyez, par ces expressions de Schmidt, que le pus n'était pas encore rassemblé en foyer, mais que cependant cet état du cerveau diffluent ressemblait plus à un abcès qu'à toute autre chose.

§. III. Kaav (nov. comm. acad., sc. pétropol., tom. 1, observat. anat. 3), rapporte que, faisant l'ouverture du corps d'un individu qu'on avait trouvé mort sur un chemin, il trouva la surface de l'extrémité antérieure des deux hémisphères transformée en un mucus jaunâtre et fétide, dans lequel flottaient les vaisseaux libres de la pie-mère. « *In mucum flavum fetidum versus cortex, ut vascula piœ-matris libera in illo fluctuarent.* » Morgagni, qui cite cette observation (epistol. 9, n° 19), la compare aux deux précédentes, à une autre de Curtius (1), et à plusieurs autres qui lui sont propres

(1) *Voyez* la note de l'ouvrage de Charles Curtius, intitulé : *Discussioni di un raro morbo cutaneo.* Il s'agit d'une jeune femme qui mourut dans un état apoplectique, et chez laquelle il trouva tout l'hémisphère droit transformé en une substance muqueuse, qui suivait la pointe du scalpel en s'allongeant comme un fil.

(voyez celles que nous avons rapportées ou que nous citons un peu plus loin), dans lesquelles la substance cérébrale était également ramollie, diffluente et jaunâtre, etc. Il regarde la première altération comme un abcès, et les autres comme une désorganisation d'une nature particulière et indépendante de toute inflammation.

Vous ne pouvez méconnaître dans l'altération décrite par Kaav cet état de suppuration naissante, que vous avez vu si bien caractérisé dans les trois premières observations que vous venez de lire: mais sur quoi se fonde Morgagni pour établir cette distinction entre des affections qui se ressemblent sous tant de rapports, et que lui-même a cru devoir rapprocher? La seule circonstance qui le tire de son incertitude, c'est l'odeur fétide de ce mucus jaunâtre, odeur dont il n'est pas question dans les autres observations. « *Fœtor autem in nulla alia est ex propositis observationibus memoratus*, etc. » Mais vous savez que le pus a très rarement une odeur, je ne dirai pas fétide, mais même un peu prononcée dans les abcès les plus considérables, lorsque le foyer ne communique pas avec l'air extérieur. Cette distinction n'est donc pas fondée, et Morgagni lui-même n'y aurait pas pensé, malgré l'importance qu'il attache à cette odeur fétide, s'il avait pu comparer un plus grand nombre de faits analogues, et surtout des faits mieux observés; il n'aurait vu là que des nuances de la même maladie : c'est ce qui vous paraîtra, j'espère, démontré jusqu'à l'évidence.

Je dois encore vous faire observer que, dans l'observation de Kaav, la substance grise était jaunâtre, comme dans les observations précédentes, et que cette couleur était due également à la présence du pus.

§. IV. Vous pouvez rapprocher de ces observations celle que rapporte Phil. Salmuth (cent. 1, Obs. 12), d'un jeune étudiant de Leipsick, qui reçut un coup au côté gauche de l'occipital, avec fracture, etc. Le neuvième jour il eut de la fièvre, et bientôt après, une paralysie du côté *droit*, du délire avec perte de mémoire. Ces symptômes, après avoir diminué pendant quelque temps, reparurent ensuite avec plus d'intensité : la paralysie fut plus forte. Après la mort, on trouva le côté *gauche* du cerveau fort ramolli : « *Sinistra pars cerebri* multo laxior *apparebat*, » et la dure-mère correspondante entièrement livide.

Quoiqu'il ne soit pas ici question de pus, vous ne pouvez pas douter que cette altération ne soit de même nature que les précédentes, c'est-à-dire, le résultat d'une inflammation produite, ainsi que celle des membranes, par la fracture du crâne ; seulement elle était moins avancée. Les symptômes sont aussi ceux d'une inflammation simultanée du cerveau et de l'arachnoïde : d'une part, paralysie du côté opposé au ramollissement; de l'autre, *délire*. Remarquez aussi que ces symptômes ont diminué pendant plusieurs jours, pour revenir ensuite avec plus d'intensité.

N° 5.

Céphalalgie, phrénésie, mouvemens convulsifs. Mort subite. — *Ulcérations de la dure-mère, ramollissement et suppuration du cervelet.* (Pierre Pauv. Obs., anat., 8.)

Un individu qui depuis deux ans se plaignait de douleurs vers l'occiput, fut pris enfin de *phrénésie* accompagnée de *mouvemens convulsifs*, et mourut subitement. On trouva la dure-mère corrodée dans quelques points, et percée de différens trous, principalement au sommet de la tête, vers l'union de la suture sagittale avec la coronale. Il s'écoula par ces trous du sang presque concret, noir et un peu fétide. Les vaisseaux des deux méninges étaient distendus par du sang de même nature. On trouva dans le cervelet un *abcès* plein d'une humeur *peu naturelle*, de couleur *citrine, un peu pâle.* La substance du cervelet était beaucoup plus molle que celle du cerveau.

§. I. Dans cette observation comme dans presque toutes celles des anciens, les symptômes sont exprimés avec un laconisme dont nous devons d'autant plus gémir, que nous possédons peu de données sur tout ce qui concerne le cervelet. Toutefois, vous voyez, d'une part, des maux de tête qui durent deux ans, et une affection chronique de la dure-mère, *ulcérée, perforée*; de l'autre, une *phrénésie* accompagnée de mouvemens convulsifs, et des traces d'inflamma-

tion aiguë des méninges et du cervelet ; ce qui doit vous rappeler les symptômes observés dans les cas d'inflammation aiguë et simultanée des méninges du cerveau, que nous avons examinés. Mais c'est surtout pour l'altération de la pulpe nerveuse que je vous ai rapporté cette observation. La substance du cervelet, beaucoup plus molle que celle du cerveau, contenait un *abcès* plein d'une humeur *peu naturelle*, de couleur *citrine un peu pâle.* Qu'est-ce qu'un pareil abcès, sinon cette suppuration commençante dont nous avons parlé ; cet état, où il ne manque plus au pus encore mêlé à la substance cérébrale, pour former un véritable abcès, que d'être réuni en masse assez considérable pour être appréciable au premier coup-d'œil? Si vous comparez cette description remarquable sous le point de vue qui nous occupe, avec tout ce qui précède, vous concevrez l'embarras de l'auteur pour rendre les sensations qu'il a dû éprouver, et vous apprécierez la valeur de chacune des expressions dont il se sert.

Il paraît que ce malade, ainsi que celui de l'observation n° 3, est mort au moment où l'on s'y attendait le moins.

§. II. J'ai commencé par les observations dans lesquelles le pus était en partie infiltré, en partie réuni en foyers déjà assez considérables pour être distincts ; vous en avez vu d'autres dans lesquelles sa présence au milieu de la substance cérébrale était encore facile à démontrer. Dans celles qui suivent, nous

ne pourrons constater son existence que par analogie.

N° 6.

56 ans : perte de connaissance, aphonie, paralysie du coté *droit*, retour de l'intelligence et de la sensibilité des membres *paralysés*, commissure tirée à gauche. Mort le huitième jour. — *Ramollissement en bouillie de la substance blanche du* cervelet *du côté* gauche *seulement*. (Obs. communiquée par M. Rougier, élève interne à l'Hotel-Dieu.)

Lefebvre (Joseph), âgé de 55 ans, d'une stature moyenne, d'un embonpoint médiocre, perdit tout à coup connaissance, le 11 juillet 1818, et lorsqu'il revint à lui il ne pouvait plus parler : tout le côté *droit* du corps était paralysé. Un médecin prescrivit un vomitif, ensuite des sangsues à l'anus et un vésicatoire au cou. Ces moyens ne produisirent aucun changement dans l'état du malade. Il fut transporté à l'Hôtel-dieu le troisième jour, 14 juillet.

Il avait *toute sa connaissance*; toutes les parties du corps étaient sensibles; mais le côté *droit* était immobile; la commissure des lèvres était déviée à *gauche*, la face tuméfiée, le pouls plein, dur et fréquent; du reste, la respiration était libre et facile.

Le lendemain, même état. (Saignée de six onces, répétée le soir; orge, tamarin.)

Le quatrième jour, légère amélioration : le malade prononce quelques mots; mais le pouls est très-irrégulier et variable d'un moment à l'autre; tantôt fort et fréquent, tantôt petit et lent; quelquefois il est intermittent après deux pulsations; d'autres fois, après trois ou quatre; enfin, il est souvent redoublé, ou, comme on dit, *bis feriens.* (Dix sangsues au cou, sinapismes aux cuisses, même boisson.) Le cinquième jour, le pouls est moins irrégulier; du reste, même état. (Saignée du pied de deux poêlettes.) Le sixième jour, constipation depuis l'entrée du malade; l'évacuation de l'urine a lieu goutte à goutte, par regorgement : on en retire par le cathétérisme plein un grand bassin; du reste, même état. (Dix-huit sangsues au cou, sinapismes aux pieds.) Le soir, prostration, perte de la sensibilité de l'œil et de la paupière du *côté droit*, globe de l'œil comme flétri; respiration toujours facile; pouls plein, fort et fréquent. (Douze sangsues au cou.) Mort dans la nuit du 19 au 20 juillet, huit jours après l'invasion de la maladie.

Autopsie cadavérique. Les méninges et la substance cérébrale étaient légèrement injectées; les deux hémisphères, examinés avec soin, n'ont offert aucune altération. Le cervelet, à l'extérieur, paraissait sain aussi; mais à l'intérieur, la substance blanche de l'hémisphère *gauche* était ramollie et réduite en bouillie; l'hémisphère droit était sain. Aucune altération remarquable dans les organes pectoraux et abdominaux.

§. I. Il faut avouer qu'il n'était guère possible de soupçonner la nature et le siége de la maladie.

Au moment où le malade a été apporté à l'hôpital, il offrait tous les symptômes de l'apoplexie; mais c'était le troisième jour, et vous avez vu dans les Observations n°s 4, 5 et 6 de la Lettre précédente, que les mouvemens convulsifs, la contraction spasmodique des muscles paralysés, n'avaient pas tardé à faire place à une flaccidité complète. (*Voyez* aussi l'Obs. n° 2 de M. Rochoux, et les Réflex. judicieuses de l'auteur, §. I.) Dans les Observations n°s 11, 13 et 14, Lettre première, ces mêmes symptômes ne se sont montrés que par accès très-courts, et à des intervalles assez éloignés, en sorte qu'il eût été possible de ne pas les remarquer. (*Voyez* surtout un peu plus loin, l'Obs. n° 9.) Enfin les muscles du côté droit, qui était *immobile*, pouvaient aussi-bien être contractés, que flasques et relâchés.

§. II. Quant au siége de la maladie, dans le cervelet, la respiration était libre, et vous savez qu'on a donné le trouble de cette fonction comme un des signes des affections de cet organe.

L'évacuation de l'urine avait lieu par regorgement; on a sondé le malade, et ces circonstances qui peuvent vous paraître peu importantes, le sont cependant beaucoup. Le docteur Gall regarde le priapisme comme un symptôme de l'inflammation du cervelet; et il croit que dans les Observations où il n'en est pas fait mention, on a né-

gligé d'en constater l'existence. Mais ici, comme on a été obligé de sonder la malade, il eût été impossible de ne pas s'en apercevoir. Vous n'attribuerez pas non plus cette accumulation de l'urine dans la vessie à un état spasmodique de l'urètre, puisqu'elle s'écoulait goutte à goutte par regorgement. La distension de la vessie était la suite de sa paralysie, accident commun dans les affections cérébrales. Une autre circonstance importante à noter, c'est la conservation de l'intelligence; ce qu'on n'observe ordinairement ni dans les inflammations du cerveau, ni dans les hémorrhagies de cet organe. Le pouls était aussi d'une irrégularité vraiment extraordinaire, quoiqu'il n'existât aucune maladie du cœur. Ce qui est encore fort remarquable, c'est que la paralysie occupait exactement tout le côté droit du corps, et que la maladie ne s'étendait pas au-delà du côté gauche du cervelet; et il est extrêmement rare que les maladies de cet organe soient bornées à un seul lobe. Au reste, nous reviendrons sur toutes ces circonstances, quand nous aurons rapporté un plus grand nombre de maladies du cervelet.

§. III. Morgagni (de sedibus, etc., epist. 3, n° 24) rapporte aussi une observation dans laquelle le cervelet était ramolli, etc.; mais comme cette altération était peu étendue et compliquée d'inflammation de l'arachnoïde et d'épanchement de sang, je ne puis que vous l'indiquer en passant.

N° 7.

70 ans : constitution apoplectique, espèce d'attaque d'apoplexie terminée spontanément ; un an après, céphalalgie, éblouissemens, chute sur le côté *gauche ;* paralysie du sentiment et du mouvement du même côté : douleurs lancinantes dans le bras paralysé, roide et fléchi : amélioration sensible ; le dix-huitième jour, paralysie des deux côtés, etc. Mort le vingt-unième. — *Transformation en une bouillie blanchâtre de la couche des nerfs optiques, du corps strié, et d'une partie de l'hémisphère* droit ; *altération semblable du* gauche, *mais moins avancée, et bornée à sa partie supérieure et à la voûte à trois piliers.*

Bourgoin (Marie), âgée de 70 ans, marchande à la halle, joignant à une très-petite taille un embonpoint monstrueux, une tête peu volumineuse, un cou gros et court, et une figure enluminée, à la manière des personnes habituées aux boissons alcooliques, sujette à de fréquentes douleurs de tête, eut en 1817 des étourdissemens fréquens, tomba même un jour sans connaissance ; mais, au bout de quelques instans, put se relever seule, et le lendemain, sans qu'on ait rien fait, fut en état de reprendre ses occupations. Au commencement de novembre 1818, elle éprouva de nouveau de la céphalalgie avec pesanteur de tête, des étourdissemens fréquens, des fourmillemens dans les membres ; enfin, le 7 novembre, elle tomba sans connaissance au milieu de sa chambre ; on la releva quelques instans

après, et presque aussitôt on lui appliqua des sangsues derrière les oreilles. Peu à peu elle revint à elle, recouvra l'usage de la parole et le libre exercice de ses facultés intellectuelles, mais elle s'aperçut qu'elle avait perdu la faculté de mouvoir les membres du côté gauche et de percevoir la sensation des corps extérieurs.

Elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu deux jours après, 9 novembre, dans l'état suivant : face tuméfiée, œil *gauche* recouvert par la paupière supérieure paralysée, dilatation considérable et immobilité de la pupille, perte de la vision, œil droit ouvert, pupille mobile, point dilatée; vision distincte, distorsion de la bouche tirée vers l'oreille *droite*, déviation de la langue à gauche lorsqu'elle sort de la bouche, large ecchymose étendue de l'oreille *gauche* à la base de la mâchoire inférieure et au sourcil. (La malade était tombée sur une chaise.) Paralysie complète du sentiment et du mouvement des membres du côté gauche, avec *douleurs lancinantes très-vives* qui reviennent de temps en temps spontanément; céphalalgie intense et gravative, rapportée surtout aux deux tempes; parole facile, réponses justes, respiration libre, pouls fréquent, *dur*, *plein* et *fort*; chaleur modérée, excrétion volontaire des matières fécales et de l'urine. (Lav. purg., pédiluves sinapisés.)

Le lendemain, quatrième jour de la maladie, persistance des mêmes symptômes, douleurs pongitives dans le bras paralysé, quoique la peau soit in-

sensible, etc., etc. (Inf. d'arnica, avec esprit de mendérérus, ℥ iij ; lav. purgat., saignée du bras, diète.) Le soir, moins de dureté et de force dans le pouls.

Cinquième jour, rémission des symptômes, langue humide, sortant sans dévier ; mouvemens plus faciles des membres paralysés : du reste, mêmes symptômes. (Même prescript., moins la saignée.) Dans la journée, tendance à l'assoupissement, bâillemens, pouls peu résistant, peu fréquent ; sommeil pendant la nuit.

Sixième jour, point de céphalalgie, douleurs assez vives à l'œil *gauche*, sans aucune altération apparente ; retour de la sensibilité du côté paralysé. (On ajoute aux prescriptions précédentes des frictions avec un liniment volatil camphré.)

Septième jour, étourdissemens, tête pesante, vertiges, éblouissemens, tendance à l'assoupissement. (Même prescript., plus une saignée du pied.)

Huitième jour, retour des douleurs dans les tempes, *roideur* du bras gauche, pouls dur, concentré et fréquent ; du reste, mêmes syptômes que la veille. Dans la soirée, un peu de rémission.

Neuvième et dixième jours, mieux-être général, mouvemens des membres paralysés plus étendus, plus libres ; cessation de la paralysie de la paupière supérieure gauche ; léger retour de la vision. (Même prescript.)

Onzième jour, œil droit rouge et douloureux,

céphalalgie intense rapportée au fond de l'orbite du même côté. (12 sansues à la tempe droite, pédiluves sinapisés.)

Du douzième au seizième jour, tous les symptômes fâcheux disparaissent complétement; la sensibilité et le mouvement augmentent de jour en jour; la vision est distincte. Cependant la malade se plaint toujours de vives douleurs vers les tempes; le pouls est toujours un peu résistant, dur, et concentré sans fréquence. Dans la soirée du seizième jour, on s'aperçoit que la malade regarde spécialement les objets situés à sa droite, et qu'elle a de fréquentes illusions d'optique.

Dix-septième jour, céphalalgie intense, *flexion permanente et roideur* du bras paralysé; du reste, mêmes symptômes. (Continuation de l'arnica avec acétate d'ammoniaque et des lavemens purgatifs.)

Dix-huitième jour, coma profond, prostration, insensibilité absolue; les bras soulevés retombent comme des corps inertes; respiration bruyante par intervalle; pouls dur, fréquent, régulier. (Saignée du bras, vésicatoires aux cuisses, mêmes médicamens internes.)

Dix neuvième jour, face cadavéreuse, pouls très-inégal, irrégulier, concentré; persistance des autres symptômes. (Saignée, frict. avec linim. vol. camphré; arnica avec acétate d'ammon.)

Vingtième jour, respiration stertoreuse, quelques mouvemens convulsifs dans *les deux bras* toujours pa-

ralysés, pouls toujours dur. (Saignée du bras, mêmes médicamens.)

Vingt-unième jour, mêmes symptômes; les mouvemens convulsifs ne cessent qu'une heure avant la mort, qui a lieu à huit heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-six heures après la mort.

Tête. Cerveau petit, pie-mère un peu injectée en arrière dans une étendue de six lignes de diamètre environ. L'hémisphère *droit* du cerveau, mou et comme fluctuant, étant incisé, a offert la paroi supérieure du ventricule droit considérablement ramollie, ainsi que la couche des nerfs optiques et une portion du corps strié; les vaisseaux qui se rendaient à ces parties s'en séparaient très-facilement; la substance cérébrale, en cet endroit et jusqu'à la partie inférieure du lobe postérieur du même hémisphère, était réduite en une espèce de bouillie moins blanche que la substance médullaire du cerveau dans l'état sain. L'hémisphère *gauche* était plus consistant en général; cependant une altération semblable à celle qui intéressait le droit se remarquait à sa partie supérieure et à la voûte à trois piliers. La membrane séreuse du ventricule ne paraissait pas altérée sur le corps strié; mais dans tous les autres points de cette cavité, qui étaient ramollis, on ne distinguait plus l'arachnoïde; elle semblait détruite; les plexus choroïdes de l'un et de l'autre ventricules étaient sains. La partie inférieure de l'hémisphère gauche était aussi consis-

tante qu'à l'ordinaire; aucun épanchement dans les ventricules, aucun caillot dans la substance du cerveau; rien de remarquable dans la poitrine et l'abdomen (1).

§. I. Rien de plus irrégulier que l'histoire de cette maladie; aussi a-t-elle été désignée sous le nom de *fièvre ataxique*, même après l'ouverture du cadavre. Voyons cependant si nous ne pouvons pas expliquer d'une manière fort simple ces prétendus phénomènes *essentiels*.

Je ne vous rappellerai pas les symptômes précurseurs qui, pendant un an, ont tourmenté cette femme, éminemment disposée aux affections cérébrales. Elle tombe tout à coup, et sur le côté paralysé, comme le prouve la large ecchymose de la face (c'est une circonstance commune dans les hémiplégies en général, et sur laquelle nous reviendrons); après l'application de sangsues derrière les oreilles, elle recouvre la parole et l'intelligence, mais reste paralysée de tout le côté *gauche*. Jusque-là rien qui ne ressemble à une apoplexie. Mais il existe en même temps une céphalalgie intense, des douleurs lancinantes dans les membres et dans l'œil paralysés. Après une amélioration sensible, le huitième jour, *roideur* du même bras, qui se dissipe

---

(1) Quoique j'aie suivi moi-même cette malade avec beaucoup d'intérêt, c'est à M. Martin Solon, élève interne de la salle où elle était traitée, que je dois les détails les plus circonstanciés d'après lesquels j'en ai rédigé l'histoire.

encore. Le dix-septième jour, *flexion permanente et roideur du bras paralysé.* Ce sont là des symptômes non équivoques de ramollissement; et en effet, on trouve après la mort la plus grande partie de l'hémisphère *droit* comme fluctuante; la couche des nerfs optiques et une portion du corps strié sont, ainsi que le reste, transformés en une espèce de bouillie blanchâtre; la substance grise a donc changé de couleur, sans doute, parce que, comme dans les observations précédentes, elle était déjà imprégnée de pus; et cela est d'autant plus probable, que les vaisseaux qui s'y rendent semblent flotter dans cette bouillie, comme dans l'observation de Kaav (n° 4, §. III), que ceux de la pie-mère sont *libres* et *flottans* au milieu de ce mucus *jaunâtre* et *fétide*, et que la malade n'est morte que le vingt-unième jour, après deux rémissions complètes. Mais poursuivons. Le onzième jour, l'œil droit, jusqu'alors sain, devient douloureux. Le seizième, les yeux se dévient à droite. Le dix-huitième, le côté *droit* du corps est, de même que le gauche, complétement paralysé, et affecté comme lui de mouvemens convulsifs; et l'on trouve dans l'hémisphère *gauche* une altération semblable à celle du droit, mais moins avancée, et occupant une étendue moindre. Cet hémisphère est aussi plus consistant que le droit. Vous voyez que jusqu'ici les symptômes coïncident assez exactement avec les altérations; seulement ils ont offert dans leur marche une intermittence, une irrégularité peu communes. Mais d'abord vous savez que les inflammations de tous les

organes sont susceptibles d'éprouver ces rémissions et ces exacerbations successives, et, dans les observations précédentes, vous avez déjà pu remarquer que celles du cerveau et de ses membranes y sont particulièrement exposées. Ensuite, il faut tenir compte de l'influence du traitement. Jusqu'au quatrième jour, point de prescription remarquable, point de changement : saignée du bras ; cinquième et sixième jour, rémission. On continue les dérivatifs irritans et les médicamens stimulans. (Arnica, esprit de mendérérus ʒ iij.) Septième jour, étourdissemens, somnolence : saignée du pied. Huitième jour, au soir, rémission, qui continue jusqu'au dixième jour : même traitement irritant et stimulant ; onzième jour, retour des accidens, sangsues à la tempe droite. : du douzième au seizième, disparition des symptômes, toujours même traitement. Dix-septième et jours suivans, retour des accidens qui augmentent, dès-lors, jusqu'à la mort, malgré les saignées. Vous voyez que l'*ataxie* des symptômes a suivi, d'une manière assez régulière, celle du traitement ; je vous laisse le soin de tirer, de ces rapprochemens, des conséquences qui se présentent d'elles-mêmes.

N° 8.

Chute sur la tête ; après la guérison, accès épileptiques, altération des facultés intellectuelles, etc. ; mouvemens convulsifs, puis paralysie du bras *droit*. Mort plusieurs mois après la chute. — *Vis-à-vis du lobe antérieur* gauche, *adhérence de la dure-mère épaissie avec l'arachnoïde, et de celle-ci avec le cerveau ramolli.*

Marie Lucas, bijoutière, âgée de 40 ans, d'un tempérament sanguin nerveux, d'un embonpoint médiocre, ayant les muscles saillans, les cheveux et les yeux noirs, fit une chute sur la tête en 1814. Il paraît qu'elle produisit des accidens graves, car on pratiqua plusieurs saignées, et même on nous dit que le trépan avait été appliqué. Après la guérison de la plaie de tête, cette femme resta sujette à des accès d'épilepsie qui revenaient à la moindre contrariété. Vers la fin de janvier 1815, on s'aperçut que son intelligence s'affaiblissait ; elle avait souvent des absences ; ces symptômes augmentèrent subitement ; et le 1er février on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique ; du reste, ces accidens n'avaient pas altéré sa constitution ; elle avait conservé les apparences d'une santé florissante.

Le jour de son entrée, elle était dans un état de stupeur, sans connaissance ; la face, un peu injectée, était agitée de mouvemens convulsifs, ainsi que les yeux et le *bras droit ;* lorsqu'on touchait la région

épigastrique, les convulsions augmentaient; la respiration était laborieuse et bruyante. (2 sinap. aux jambes, vésicat. à la nuque et à l'épigastre, lav. purgatif.) La constriction des mâchoires ne permit pas de lui faire avaler l'eau émétisée qu'on était dans l'intention de lui donner.

Pendant les deuxième et troisième jours, même état de stupeur, continuation des mouvemens convulsifs du bras droit, devenus plus fréquens et plus forts; engourdissement, commencement de paralysie du membre. On continue l'emploi des dérivatifs. La mort survient dans la nuit du troisième au quatrième jour, plusieurs mois après la chute.

Autop. cad. Une cicatrice longitudinale, d'environ un pouce et demi d'étendue, existait à la peau du crâne qui recouvre la bosse frontale gauche. Vis-à-vis de cette cicatrice, l'os était parfaitement sain à l'extérieur et à l'intérieur; on ne trouva nulle part de traces du trépan. Au niveau du lobe antérieur gauche du cerveau, la dure-mère était épaissie et adhérente par l'intermédiaire de l'arachnoïde à la substance *grise*, qui, dans cet endroit, était extrêmement *molle*, *pulpeuse*, et d'une couleur *jaunâtre*. Une grande partie du lobe antérieur avait subi la même altération; le reste de l'hémisphère gauche était sain, et contrastait singulièrement, par sa consistance et sa couleur, avec l'altération du lobe antérieur. L'hémisphère droit était aussi parfaitement sain. Dans la poitrine et l'abdomen on ne trouva rien de particulier.

§. I. Il est évident que cette femme a eu, à la suite de sa chute, une inflammation considérable de la dure-mère et de l'arachnoïde vis-à-vis du lieu de la percussion ; que cette inflammation, combattue par des moyens convenables, se termina par adhérence, c'est-à-dire, par l'organisation de la substance albumineuse, épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde; que cependant, à cette inflammation, succéda une irritation habituelle des parties environnantes, à laquelle il faut attribuer cette disposition aux accès épileptiques; qu'enfin, cette irritation, se communiquant au cerveau, a fini par produire le ramollissement de cet organe, et, par suite, l'engourdissement et les mouvemens convulsifs du bras du côté opposé. Il paraît que ces symptômes ne se sont pas étendus jusqu'à la jambe: aussi la paralysie était-elle incomplète, et l'altération peu étendue. (*Voy.* Lettre prem., Obs. 3, §. II.) Remarquez que ce n'est que sur la fin de janvier qu'on s'aperçut d'une altération dans les facultés intellectuelles; ces symptômes augmentèrent ensuite subitement, et la mort eut lieu quatre jours après. Il faut donc attribuer les derniers accidens à l'affection du cerveau.

§. II. Dans toutes les observations précédentes, où la substance grise désorganisée était devenue blanche ou jaunâtre, vous avez pu facilement vous convaincre que ce changement de couleur était dû à la présence du pus, puisque nous en avons trouvé réuni en petits foyers distincts. Ici la chose n'est plus aussi manifeste;

mais vous ne pouvez douter que cette altération ne soit le résultat d'une inflammation, car elle existait vis-à-vis de la partie du crâne qui avait été contuse, et de la portion de l'arachnoïde qui avait été enflammée. La cause première de cette altération est donc, comme dans les cas précédens, l'inflammation; ses résultats sont les mêmes, la décoloration de la substance grise désorganisée. Il est difficile de ne pas admettre que les phénomènes intermédiaires ont été les mêmes, c'est-à-dire, qu'il y a eu formation et infiltration de pus dans la substance grise; que sa couleur jaunâtre était due à la présence de ce pus.

§. III. Vous trouverez dans la *Bibliothèque médicale*, cahier d'août 1820, pag. 230, une observation de M. Avisard, analogue à la précédente pour les altérations pathologiques; malheureusement elle est peu détaillée; en voici les principales circonstances: la malade était âgée de 80 ans, avait perdu depuis quinze jours l'usage de ses facultés intellectuelles et motrices; « sensibilité très obtuse, contraction des *avant-bras sur les bras*, conjonctives injectées, pupilles contractées, pommettes rouges, peau chaude, abdomen indolent. » On avait administré plusieurs doses d'émétique, sans obtenir d'évacuations. Dix sangsues au cou; au bout de six jours, augmentation des symptômes; vésicatoires aux cuisses. Mort le lendemain.

Ouverture du corps. Arachnoïde et pie-mère fortement injectées et ecchymosées en plusieurs points, adhérentes au cerveau et à la dure-mère, dans une

étendue de deux pouces; tout l'hémisphère droit du cerveau réduit en une bouillie tellement diffluente, qu'elle s'écoula aussitôt que la substance corticale fut divisée; hémisphère opposé sain. Dans les ventricules et les fosses occipitales, une assez grande quantité d'un fluide rougeâtre et puriforme. Estomac et intestins grêles distendus par des gaz; membrane muqueuse parsemée de larges plaques rouges.

Quoique cette description laisse beaucoup à désirer, la flexion des membres supérieurs ne permet pas de confondre cette paralysie avec celle qui est produite par une apoplexie; il est probable qu'il a existé quelque différence entre les symptômes observés du côté droit et ceux du côté gauche. M. Avisard regarde les adhérences de l'arachnoïde au cerveau et à la dure-mère, l'injection de cette membrane et l'épanchement de sérosité rougeâtre et puriforme, comme des preuves d'une inflammation; ce qui le porte à penser que l'altération du cerveau était aussi le résultat d'une inflammation; et vous avez vu combien ce ramollissement ressemblait à une suppuration.

M. Avisard attribue chez cette malade, ainsi que chez celle dont je vous ai rapporté l'histoire, n° 1, §. VII, l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et du commencement du canal digestif, à l'administration réitérée de l'émétique.

§. IV. Morgagni rapporte aussi (epist. XI, n° 22) l'observation d'une vieille femme, qui, ayant déjà eu

une attaque d'apoplexie, en éprouva une seconde, à la suite de laquelle elle resta stupide et hémiplégique, etc. Les vaisseaux du cerveau étaient injectés, et il était si mou, que, dans quelques points, en séparant la dure-mère, on enlevait la substance corticale avec l'arachnoïde qui adhérait à l'une et à l'autre, etc. Tout ce que nous pouvons conclure de cette observation, c'est qu'il a existé, comme dans les précédentes, une inflammation de l'arachnoïde, qui s'est terminée par adhérence, puis une inflammation du cerveau sous-jacent, etc.; mais elle est d'un laconisme si obscur, que toute autre conjecture serait trop hasardée. Une chose qui mérite cependant d'être notée, c'est que Morgagni attribue l'hémiplégie de cette vieille femme au ramollissement du cerveau, *qui ne lui permettait plus de sécréter le fluide nerveux.*

N° 9.

23 ans : accouchement. Symptômes de péritonite chronique, émétique, convulsions, paralysie du côté *droit* avec mouvemens convulsifs de temps en temps. Mort trois jours après. — *Méningite chronique*, *ramollissement de la substance corticale vers le côté externe et supérieur du lobe moyen* gauche, *dans l'étendue d'une noisette; pleurésie et péritonite chroniques.*

Mademoiselle B*** (Marie), petite, blonde, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, en-

tra à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Jeanne, n° 12), le 2 juin 1814, pour une prétendue hydropysie pour laquelle on lui avait, disait-elle, pratiqué la ponction trois mois auparavant. La figure était pâle, la peau blanche, le tissu cellulaire des jambes un peu engorgé; le ventre volumineux, mais souple et même mou, un peu douloureux à la pression; la peau de l'abdomen éraillée le long de la ligne médiane, et d'un jaune couleur de safran. Ces deux dernières circonstances éveillèrent mes soupçons; et, après une foule de réponses contradictoires, la malade finit par m'avouer qu'elle était accouchée trois mois auparavant à l'hospice de perfectionnement, où ses parens croyaient qu'on lui avait pratiqué la ponction; que la couleur jaune de la peau du ventre était due, comme je l'avais pensé, à des applications de laudanum, qu'un médecin avait prescrites pour calmer des douleurs qu'elle éprouvait dans l'abdomen, depuis près de deux mois, et auxquelles s'était joint du dévoiement.

Pendant sept à huit jours, la malade eut vers le soir des frissons suivis de chaleur; le pouls était habituellement petit et fréquent, la langue pâteuse, le moral un peu exalté. (Fomentations et lavement émollient avec décoction de têtes de pavots, eau de veau, tamarins.) Comme son état avait peu changé et qu'elle avait la bouche amère, un émétique fut prescrit; une heure après son administration, elle fit des efforts considérables pour vomir, mais ne rendit chaque fois qu'un peu de mucosité jaunâtre; au bout d'une

heure, elle eut des convulsions avec un peu d'écume à la bouche. Enfin on vint me chercher une demi-heure après, en me disant qu'elle venait d'avoir une attaque d'apoplexie. Je la trouvai sans connaissance, étendue sur le dos, privée de mouvement et de sentiment dans la moitié *droite* du corps. La bouche était tirée à gauche; le bras *droit* flasque retombait comme une masse inerte, quand, après l'avoir soulevé, on l'abandonnait à lui-même; mais, au moment où je le tenais pour tâter le pouls, je sentis les muscles se roidir, l'avant-bras se fléchir à angle droit sur le bras, et bientôt tout le corps fut pris de mouvemens convulsifs, avec secousses brusques, extension et flexion alternative des membres. Les muscles du côté droit de la face se contractaient irrégulièrement; l'œil droit était dirigé en haut et en dehors. Après deux minutes environ, cet état fut remplacé par la paralysie avec résolution. (Dix sangsues au cou, sinapismes aux pieds.) Le soir, on me dit que les mêmes accès étaient revenus à des intervalles de deux ou trois heures et toujours aussi courts.

Le lendemain, la respiration était difficile, la prostration très-grande; les convulsions ne reparurent plus. (Vésicat. aux jambes.)

Le surlendemain, dans la journée, mort cinquante-quatre heures environ après l'apparition des symptômes cérébraux.

Autopsie cadavérique. L'arachnoïde, qui recouvre la face du cerveau, était blanchâtre, épaissie. Entre

elle et le cerveau, de la sérosité en assez grande quantité remplissait les mailles de la pie-mère. On enlevait ces membranes de la surface du cerveau dans une grande étendue sans les déchirer. Vers la partie supérieure externe du lobe moyen *gauche*, elles étaient adhérentes à la substance cérébrale dans une étendue de quatre à cinq lignes seulement, et elles amenèrent avec elles une petite portion de cerveau, en laissant une cavité qui aurait pu loger une noisette. La substance cérébrale, détachée avec les membranes, était d'un blanc jaunâtre, diffluente et semblable à du pus fort épais; la surface de la petite cavité, produite par cet arrachement, avait la même couleur et la même mollesse; mais un peu plus loin la substance cérébrale était saine. Les ventricules contenaient quatre à cinq cuillerées de sérosité limpide.

Poitrine. Les deux plèvres épaissies, blanchâtres, contenaient dans leur cavité une grande quantité de sérosité trouble.

Abdomen. Le péritoine avait contracté, dans différens points, des adhérences celluleuses, surtout supérieurement. Sur les intestins grêles, il était couvert de granulations fines, blanchâtres, comme tuberculeuses; le bassin était plein de pus floconneux, mêlé à beaucoup de sérosité; la surface de la membrane muqueuse de l'estomac avait une teinte rosée uniforme; celle des intestins grêles offrait des plaques nombreuses, saillantes, et, vers la valvule iléo-cœcale, une foule de petites ulcérations.

§. I. Plusieurs circonstances de cette observation, quoique étrangères à la maladie du cerveau, méritent cependant notre attention sous plusieurs rapports. Vous y verrez un enchaînement remarquable de causes et d'effets, une coïncidence parfaite des symptômes avec les altérations organiques.

Cette fille, d'un tempérament lymphatique, accouche en secret, contracte une péritonite, qui passe à l'état chronique ; ce qu'on devine à l'éraillement de la peau de l'abdomen, au laudanum qui la colore, à la sensibilité que développe la pression. *Adhérences anciennes du péritoine, granulations à sa surface, suppuration épanchée dans sa cavité.* Du dévoiement se joint aux premiers symptômes, légers accès de fièvre tous les soirs. *Membrane muqueuse de l'estomac rosée, celle des intestins grêles boursoufflée et celle de la fin de l'iléon ulcérée.* Les jambes s'infiltrent, le moral s'exalte. *Double pleurésie chronique avec épanchement, méningite.* Vous verrez que rien n'est plus commun que cette simultanéité d'inflammations aiguës ou chroniques des différentes membranes séreuses, surtout à la suite des couches; et c'est tout simple : des tissus de même nature remplissant des fonctions semblables, soumis à la même influence, doivent être également exposés à contracter la même maladie.

§. II. On donna un émétique à la malade, et je la trouvai deux heures après dans un état d'hémiplégie complète avec flaccidité des membres. Ma première pensée, ainsi que celle de tous les assistans,

fut que les violens efforts qu'elle avait faits pour vomir, avaient déterminé vers la tête une congestion considérable, par suite de laquelle il s'était fait un épanchement de sang. Cependant, quand on me dit que la malade avait d'abord éprouvé des convulsions avec un peu d'écume à la bouche, je commençai à douter que ce fût réellement une apoplexie. Mais, lorsqu'en lui tâtant le pouls, je sentis les muscles se contracter, l'avant-bras se fléchir, lorsque je la vis agitée de mouvemens convulsifs, etc........., je restai convaincu qu'il s'agissait, non pas d'une apoplexie, mais d'un ramollissement du cerveau, quoique cette supposition s'accordât moins que la première avec tout ce qui avait précédé l'apparition *subite* de la maladie, quoique ces accès de mouvemens convulsifs n'aient plus reparu que deux ou trois fois et en mon absence. J'insiste un peu sur ces détails, parce que, si je n'avais pas été près de la malade dans le moment d'un de ses accès, si je ne lui avais pas tenu le bras pour lui tâter le pouls, il est possible, il est même très-probable que je n'aurais pas eu connaissance de ces symptômes peu apparens, qui ne durèrent qu'un instant, et ne reparurent que deux ou trois fois à des intervalles de plusieurs heures. Dans ce cas, j'aurais pensé que rien pendant la vie n'eût pu faire distinguer cette altération d'un épanchement de sang ; et je suis intimement persuadé que c'est ce qui est arrivé dans quelques-uns des cas dans lesquels on n'a remarqué que des symptômes d'apoplexie.

(*Voyez* l'observation n° 6, et les réflexions, §. I.)

D'un autre côté, rappelez-vous combien l'altération du cerveau était peu étendue; supposez que je n'aie pas commencé par enlever l'arachnoïde pour l'examiner : j'aurais pu inciser le cerveau dans tous les sens et ne pas remarquer un ramollissement du volume d'une noisette et incolore. Dans ce cas, j'aurais probablement appelé cette maladie une apoplexie *nerveuse*, *spasmodique*, etc., etc., une fièvre *ataxique*, *pernicieuse*, enfin une affection *essentielle*.

Je suis entré dans tous ces détails pour vous donner une idée des difficultés que présente l'étude des maladies du cerveau, et de la circonspection avec laquelle il faut lire les observations des auteurs.

§. III. Faut-il attribuer le prompt développement de cette affection à la seule congestion produite par les efforts de vomissement? Il est difficile de concevoir qu'un embarras momentané de la circulation ait pu produire une inflammation, et qu'elle ait été aussi circonscrite. Vous avez vu qu'il existait depuis long-temps une inflammation de l'arachnoïde, que la substance grise ramollie avait déjà pris l'aspect puriforme; et l'observation de Kaav (n° 4, §. V) vous a appris qu'une inflammation du cerveau pouvait arriver jusqu'à la suppuration sans produire d'accidens graves, et se terminer tout à coup par la mort, puisque l'individu dont il ouvrit le corps avait succombé sur un grand chemin. Enfin, vous ne serez pas surpris qu'une altération si peu étendue du cerveau ait

produit une mort si prompte, si vous faites attention aux désordres profonds qui existaient dans les autres organes.

N° 10.

28 ans : accouchement, suppression de règles, céphalalgie, hébétude, prostration, assoupissement, cris, contraction des mâchoires, roideur des membres, sensibilité du ventre Mort deux mois après les premiers symptômes. — *Arachnitis chronique, ramollissement de la protubérance cérébrale, adhérence des plèvres, péricardite et péritonite chroniques.* (Observ. commun. par M. Martin Solon, chef de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.)

Mlle D*** (Marie), fille, âgée de 28 ans, couturière, petite, d'une constitution lymphatico-nerveuse, accoucha en octobre 1819, cessa d'avoir ses règles, et, dans les premiers jours de janvier 1820, commença à éprouver une céphalalgie très-intense ; un mois après, elle s'exposa souvent, ayant très-chaud, au froid et à l'humidité ; la céphalalgie augmenta, la malade tomba dans un état *d'hébétude*, et cinq jours après perdit connaissance.

Apportée à l'Hôtel-Dieu le 23 février, quinze jours après l'augmentation de la céphalalgie ; supination complète, face pâle abattue, assoupissement dont la malade sort à peine pour répondre quelques mots ; cependant, quand on la découvre, elle se sert également bien des deux bras pour tirer sur elle la couververture ; elle montre sa langue, qui est humide et ro-

sée; abdomen sensible à la pression. (Sinapismes aux pieds, puis aux jambes.) Pendant la nuit, cris continuels, serrement des mâchoires qui empêche de faire boire la malade.

Seizième jour, roideur des membres, pouls plus petit, persistance des autres symptômes. (Douze sangsues, trois à chaque tempe et autant derrière chaque oreille; affusions d'eau fraîche, pendant lesquelles on remarque un peu de réaction; sinapismes au moment où l'affaissement reparaît, petit-lait, infus. de tilleul; le soir lav. lax.)

Dix-septième jour, même état. (Infus. de mélisse, julep antispasmodique, fumig. d'assa-fœtida dirigées vers la vulve, affus. froides.)

Dix-huitième jour, même état. (Même prescript.; plus, des sinap. le soir.) Agitation la nuit, déglutition facile.

Dix-neuvième jour, peu de changement. (Lav. avec séné; infus. d'arnica, julep éthéré.)

Vingtième jour, plainte plus fréquentes. (Vésicatoire aux cuisses.)

Vingt-deuxième jour, *déviation de la commissure droite des lèvres vers l'oreille de ce côté*, pupilles naturelles, délire sourd, point de réponses. (Vésic. à la nuque.)

Vingt-troisième jour, sensibilité plus obtuse; cependant la malade continue à recouvrir machinalement les parties de son corps exposées à l'air; pouls fréquent, langue toujours humide.

Vingt-quatrième jour, point de changement. (Inf.

de mélisse, 18 gr. de musc en 3 pilules, lav. camphré, sinap. matin et soir.)

Vingt-cinquième jour, paupières fermées, pupilles resserrées, immobiles; *les bras offrent parfois de la résistance quand on veut les étendre;* ils conservent la position qu'on leur donne; la sensibilité est encore plus obtuse; la respiration se ralentit, et la malade meurt dans la journée.

Autop. cadav. Tête. Arachnoïde de toute la surface du cerveau opaque et épaissie à sa base, vers les nerfs optiques et la protubérance annulaire; sérosité lactescente infiltrée dans le réseau de la pie-mère; ventricules remplis de deux onces à peu près de liquide de même nature; arachnoïde qui les tapisse couverte partout de villosités très-apparentes. Protubérance annulaire ramollie, diffluente également partout, de couleur jaunâtre homogène : point d'épanchement sanguin.

Poitrine. Adhérence cellulaire des plèvres costale et pulmonaire des deux côtés; feuillet du péricarde qui recouvre le cœur épaissi par plaques opaques.

Abdomen. Surface péritonéale, surtout celle de l'épiploon, couverte partout de tubercules granuleux en suppuration; adhérence de l'épiploon aux intestins.

§. I. Il n'est guère possible de trouver plus de ressemblance entre deux observations qu'entre celle-ci et la précédente. La dernière malade, de même âge à peu près que l'autre, comme elle faible, d'un tem-

pérament lymphatique, devient enceinte comme elle. A la suite de ses couches, elle commet des imprudences répétées : il en résulte une inflammation chronique de toutes les membranes séreuses (je dis de toutes, quoique les plèvres n'y aient pas participé, parce qu'étant transformées en tissu cellulaire elles n'existaient plus comme membranes séreuses) et de l'arachnoïde en particulier; cette inflammation est suivie également de celle du cerveau : seulement, chez la dernière malade, l'affection de l'arachnoïde étant plus intense, comme le prouvent les détails de l'ouverture du corps, elle a été la maladie principale, celle dont les symptômes ont pour ainsi dire masqué tous les autres; c'est à elle que vous rapporterez la céphalalgie ancienne, violente, opiniâtre, la stupeur, l'assoupissement, la perte de connaissance, le délire sourd, les cris continuels, le serrement des mâchoires : ces derniers symptômes sont ceux de l'hydrocéphale aiguë. Ce n'est que quatre jours avant la mort qu'on remarque un commencement de véritable paralysie, la déviation de la commissure droite des lèvres; car, malgré la roideur des membres, la malade se sert également bien de ses deux bras pour se recouvrir; ensuite, la sensibilité devient plus obtuse, le dernier jour on a de la peine *à étendre les bras*, etc. : l'affection de la protubérance annulaire n'est donc survenue probablement que dans les derniers jours de la vie, encore les symptômes ont-ils été obscurcis par ceux de la méningite. Ceux de la péritonite ont aussi été peu apparens par la même raison; cependant vous

avez pu remarquer que l'abdomen était sensible à la pression.

§ II. En attendant que nous examinions les inflammations chroniques de l'arachnoïde et les caractères auxquels on peut en retrouver les traces après la mort, comparez les granulations qui couvraient la surface de l'arachnoïde des ventricules chez cette malade, chez celle de M. Cruveilhier (note, p. 101), et chez le sujet de la troisième observation, aux granulations fines, blanchâtres, qui couvraient la surface des intestins dans l'observation précédente, vous verrez que c'est toujours la même altération plus ou moins prononcée, et vous ne pouvez pas douter que ces granulations du péritoine, n'aient été le résultat d'une inflammation chronique.

N° II.

45 ans : étourdissemens, paralysie de la langue, engourdissement, puis paralysie du côté *gauche*, enfin des deux côté. Mort le quatrième jour. — *Ramollissement de la partie inférieure de la protubérance annulaire.*

Richard (Paul), âgé de 45 ans, papetier, d'une faible constitution, éprouva, le 8 février 1818, des étourdissemens, des bourdonnemens dans les oreilles. Le 9 la parole devint difficile ; le 10, il entra à l'Hôtel-Dieu. Aux symptômes précédens se joignit un peu d'engourdissement dans le côté gauche du corps. Le 11,

perte complète de la parole et des mouvemens du côté gauche, face pâle, syncopes fréquentes, désespoir. (Saignée du pied qu'on renouvelle le soir.) Les symptômes s'aggravant, on appliqua des sinapismes aux pieds, on les réappliqua la nuit et le lendemain, jusqu'à quatre fois; on mit des vésicatoires aux cuisses. Malgré l'emploi de ces moyens énergiques, la paralysie devint générale, le malade perdit connaissance: mort dans la journée du 12, quatrième jour de l'invasion.

Autop. cadav. Les vaisseaux du cerveau étaient fort injectés; la face inférieure de la protubérance cérébrale était ramollie dans une étendue égale au volume d'une aveline. Ce ramollissement, semblable à de la bouillie, ne contenait point de sang, soit épanché, soit infiltré.

Le cœur était sain, il existait deux pleuro-pneumonies avec fausses membranes récentes.

§. I. Ici, la paralysie n'est point accompagnée de contraction musculaire, de mouvemens des muscles, etc.; mais elle est remarquable par sa marche lente, progressive et régulière, malgré le traitement le plus énergique et le mieux indiqué; et je vous ai déjà fait remarquer que cette augmentation lente et toujours croissante de la paralysie, était un des caractères qui pouvaient la faire distinguer de celle qui est produite par une hémorrhagie du cerveau. (*Voy.* l. 1re, Obs., n°s 7, 12, 15, 20, et l. 2, Obs., n° 2.)

Le siége de la maladie, à la partie inférieure de la

protubérance annulaire, explique parfaitement comment une altération de l'étendue d'une aveline a pu produire une paralysie des côtés du corps; vous remarquerez que le malade avait conservé toute son intelligence, puisqu'il se désespérait et qu'il ne perdit connaissance que dans les derniers momens. La maladie avait son siége hors des hémisphères du cerveau. Je profiterai encore de cette occasion pour vous faire observer combien il eût été facile, après avoir examiné le cerveau et le cervelet avec le plus grand soin, de ne pas remarquer une altération si peu étendue, qui ne se distinguait du reste du cerveau par aucune coloration particulière. Dans ce cas, n'eût-on pas considéré avec une apparence de raison cette maladie comme purement nerveuse ou essentielle? (*Voy.* l'Obs., n. 9.)

Vous avez dû remarquer qu'il existait une pleuropneumonie qui n'a été décelée pendant la vie par aucun symptôme extérieur.

N° 12.

Paralysie augmentant progressivement. Mort le onzième jour. — *Ramollissement considérable de la protubérance annulaire.* (Bibl. médic., tome 33, page 222.)

M. Germain rapporte une observation tout-à-fait semblable à la précédente pour les symptômes, la nature et le siége de l'altération. Quoiqu'elle manque de détails suffisans, on voit cependant que l'hémiplé-

gie, qui n'occupait d'abord que le côté droit, se développa peu à peu, et ne devint complète qu'au bout de 7 ou 8 jours; alors se manifestèrent tous les symptômes d'une apoplexie *très-intense* : déjections alvines involontaires, pouls inégal aux deux bras, etc.; la mort survint deux ou trois jours après, le onzième de l'invasion.

« On trouva un ramollissement considérable de la protubérance annulaire. »

§. I. Quoique M. Germain ne dise pas positivement que la paralysie ait, dans les derniers jours, affecté les deux moitiés du corps, c'est, je crois, ce qu'il faut entendre par apoplexie *très-intense*.

§. II. Dans ces deux dernières observations, et dans celle de M. Bricheteau, let. 1re, n° 17, la maladie de la protubérance annulaire existait seule et sans complication; les symptômes ont offert entre eux la plus grande ressemblance : ils ont été très-prononcés, très-simples et faciles à expliquer. Dans celle du n° 10, la même altération occupait la même partie, mais elle était compliquée de plusieurs autres maladies, entr'autres, d'une inflammation de l'arachnoïde, dont les symptômes étaient très-intenses; ceux, au contraire, du ramollissement ont été très-obscurs et difficiles à saisir. Cette différence s'explique d'elle-même; mais j'ai cru que je devais vous en montrer la cause, pour vous mettre en garde contre une objection qu'on n'a que trop souvent fait valoir pour jeter de la défaveur sur l'anatomie pathologique.

N° 13.

63 ans : perte de l'intelligence, diminution de la sensibilité, flexion des membres, rigidité des muscles, surtout à *gauche*, strabisme, catalepsie. Mort six jours après l'entrée de la malade.— *Ramollissement en bouillie de la base du lobe postérieur* droit. (Obs. communiquée par M. Martin Solon, chef de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.)

La nommée Girard, âgée de 68 ans, d'une constitution grêle, fut déposée à l'Hôtel-Dieu, le 3 janvier 1820, sans qu'on ait donné sur sa maladie aucun renseignement. Habituellement couchée sur le dos et immobile, elle avait presque entièrement perdu l'intelligence et la sensibilité; cependant, quand on pinçait la peau des membres, du côté *droit* surtout, la malade donnait des signes de douleur; quand on lui demandait pourquoi elle se plaignait, elle répondail qu'on la pinçait. Elle montrait sa langue assez facilement. La commissure *droite* des lèvres était tirée vers l'oreille ; les yeux se dirigeaient également à *droite*. Les membres étaient *fléchis* et les muscles dans un état de *rigidité* remarquable, mais on observa que le bras et la jambe du côté *droit* exécutaient des mouvemens spontanés, tandis que ceux du côté gauche étaient immobiles et dans un état de contraction permanente; les pupilles ne se resserraient pas sous l'influence de la lumière. La

respisation était lente, le pouls petit, fréquent, l'excrétion de l'urine involontaire. (Ventouses scarifiées vers l'occiput, infusion d'arnica.)

Les 3, 4 et 5 janvier, même état. (Vésicatoire à la nuque; huile de ricin, ℥ j.)

Le 6 janvier, diminution de la sensibilité de la peau et de la rigidité musculaire. Les membres conservent la position qu'on leur donne. (Arnica, huile de ricin.)

Le 7 et le 8, point de changement; le strabisme persiste.

Le 9, mort dans la journée, sixième jour de son entrée, sans apparition d'aucun phénomène nouveau.

Autopsie cadavérique. La substance cérébrale n'était point injectée, l'hémisphère gauche, ainsi que les lobes antérieur et moyen du droit, avaient l'aspect et la consistance de l'état sain; mais la base du lobe postérieur *droit* était ramollie dans l'étendue d'un pouce dans tous les sens, et convertie en une substance homogène semblable à de la bouillie; il n'y avait nulle part de sang épanché; les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité; les viscères thoraciques étaient sains; l'estomac offrait quelques plaques rouges.

§. I. Nous ne savons rien sur ce qui a précédé l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu; c'est un inconvénient attaché à la pratique des hôpitaux. A son arrivée, les membres étaient fléchis, les muscles violemment contractés : ces symptômes, les plus caractéris-

tiques du ramollissement, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie; mais on aurait pu croire qu'elle occupait les deux côtés du cerveau ou la protubérance annulaire. Toutefois, le côté droit était plus sensible que le gauche; la commissure des lèvres était tirée à droite, et les membres de ce côté exécutaient des mouvemens spontanés, tandis que ceux du côté gauche étaient immobiles et dans un état de contraction permanente, ce qui devait faire croire que la maladie avait principalement son siége dans l'hémisphère droit.

Trois jours après l'entrée de la malade, la rigidité des muscles a diminué, et les membres conservaient la position qu'on leur donnait. Nous avons déjà vu ce symptôme de catalepsie dans l'observation n° 10.

N° 14.

50 ans : ivrognerie, terreur, illusion d'optique, aphonie, tremblemens convulsifs, contraction tétanique, accès spasmodiques intermittens. Mort le sixième jour.—*Injection considérable des vaisseaux du cerveau et de ses membranes; ramollissement de la voûte à trois piliers, des cuises et du corps de la moelle allongée, épanchement de sérosité dans les ventricules.* (Morgagni, Epist. LXII, n° 5.)

Un maître vidangeur, âgé d'environ 50 ans, robuste, bien coloré, d'une constitution pléthorique

buvant très-souvent jusqu'à l'ivresse, travaillait la nuit, suivant l'usage, aux fosses d'aisance de l'hôpital. Dans un moment où il se trouvait seul, il crut voir un spectre couvert de quelque chose de blanc, et fut pris aussitôt de tremblemens de tout le corps avec distorsion de la bouche. Ses garçons, en revenant, le trouvèrent dans cet état, et le portèrent dans son lit. On lui donna des antispasmodiques, des cordiaux, et sitôt que les tremblemens furent passés, que le pouls et les forces eurent repris un peu de consistance, on lui tira une demi-livre de sang du bras, et le matin le pouls ayant pris de l'expansion, étant devenu fébrile, on lui en tira autant de l'autre bras. Le lendemain, saignée du pied, suivie d'un léger soulagement, mais de peu de durée. Après les deux premières, le soulagement avait également été fort court. Le sang était noir, écumeux, surtout celui de la première, le caillot un peu dur, la sérosité peu abondante. La fièvre persista, et les convulsions *toniques de tout le corps* firent bientôt place aux convulsions *cloniques* (1).

Depuis le moment où il avait dit à ses ouvriers ce qui lui était arrivé, le malade avait perdu la parole; cependant il était facile de voir qu'il reconnaissait parfaitement ceux qui était présens.

---

(1) Morgagni entendait par convulsion tonique une contraction convulsive et permanente des muscles, comme dans le tétanos; et par convulsion clonique le même symptôme intermittent revenant par accès, avec secousse, comme dans l'épilepsie.

Il indiquait du geste une douleur gravative et très-incommode à la tête : il mourut au bout de six à sept jours, en février 1747.

Les doigts étaient très-roides.... Les vaisseaux les plus déliés de l'arachnoïde étaient distendus comme par une injection, ainsi que ceux des ventricules, de la substance cérébrale et de la moelle épiniére. Les ventricules latéraux contenaient une quantité assez considérable de sérosité transparente. Le cerveau et le cervelet avaient leur consistance naturelle, mais la voûte à trois piliers était *molle*, les cuisses de la moelle allongée et son tronc étaient aussi *mous :* ce dernier ne l'était qu'à l'intérieur seulement.

§. I. Après les observations de Morgagni, que nous avons rapportées, et surtout la première qui est si remarquable, après la description la plus exacte des symptômes et de l'altération pathologique, j'ai peine à comprendre comment ce judicieux observateur a pu, dans le paragraphe suivant, se jeter dans les hypothèses les plus étranges pour expliquer les phénomènes de la maladie. « Cette histoire, dit-il, nous montre ce que peut la terreur même la moins fondée, etc. » Il croit que c'est la frayeur qui a produit les convulsions; que ces convulsions, en troublant le mouvement des *esprits*, ont retardé le cours du sang dans les vaisseaux : de-là, selon lui, l'épanchement de sérosité qui est à son tour devenu cause de convulsions. Il suppose encore que cette sérosité a pu venir de la rupture

de quelques vésicules du plexus choroïde, comprimées par la même cause, etc. Il examine si ce ne serait pas plutôt la présence d'une trop grande quantité de sang, ou bien l'absorption des particules âcres, résultant des émanations des fosses d'aisance, qui auraient produit les convulsions, etc. Et ce qu'il y a de bien singulier parmi toutes les hypothèses qu'il passe en revue, il ne fait pas même mention du ramollissement du cerveau et de l'injection remarquable des membranes. Il est évident cependant que cette terreur panique, ces illusions d'optique n'étaient que les premiers symptômes de l'affection du cerveau et des membranes, puisqu'elles ont bientôt été suivies de la perte de la parole, de convulsions, puis de roideur tétanique des membres, puis enfin d'accès intermittens. Si vous comparez ces symptômes à ceux des observations n°s 3, 4, §. II et V, dans lesquelles nous avons trouvé du pus dans la substance cérébrale ramollie, et des traces d'une inflammation aiguë des méninges, vous verrez qu'ils sont tout-à-fait semblables. Si vous réfléchissez ensuite à cette injection remarquable des vaisseaux les plus déliés de l'arachnoïde et de la substance cérébrale, et à la désorganisation de cette dernière, vous serez convaincu qu'il ne manque, pour que la similitude soit parfaite, que d'avoir rencontré dans ce ramollissement quelques gouttes de pus déjà réunies en foyer. Les symptômes ont été également prononcés à droite et à gauche; l'injection vasculaire

et l'altération du cerveau offraient la même disposition.

N° 15.

Diminution des facultés intellectuelles, hémiplégie à *gauche*, convulsions à *droite*, rémission, nouvelle attaque. Mort. — *Méningite chronique*, *ramollissement de l'hémisphère* gauche, *épanchement considérable dans le ventricule* droit. (Coindet, Mémoire sur l'hydrocéphale, page 47, obs. 2 de la note.)

Un jardinier, âgé de 60 ans, qui, à la suite d'une fièvre catarrhale, était demeuré faible et languissant, tomba ensuite dans un état d'imbécillité qui augmenta lentement. Indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, il avait des absences fréquentes avec perte de la mémoire; enfin, il eut de violens maux de tête avec coloration de la figure. (Applic. de sangsues.) Dans la nuit du même jour, attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté *gauche* et fortes convulsions du *droit*. Le lendemain, diminution des symptômes. Trois jours après, nouvelle attaque : mort.

A l'autopsie cadavérique, on trouva entre l'arachnoïde et la pie-mère une substance gélatineuse qui remplissait les circonvolutions cérébrales ; l'hémisphère gauche était dans un état de ramollissement remarquable; l'hémisphère droit était sain ; le ventricule gauche ne contenait pas une goutte d'eau,

tandis que le droit en était distendu, ainsi que le canal de la moelle épinière.

§. I. Vous voyez les symptômes de méningite chronique aller en augmentant jusqu'au moment de l'attaque d'*apoplexie*, pendant laquelle le côté droit a éprouvé de fortes convulsions, et c'était l'hémisphère gauche qui était désorganisé. L'hémiplégie du côté gauche pourrait s'expliquer par l'épanchement considérable qu'on a trouvé dans le ventricule droit, tandis que le gauche ne contenait pas une goutte d'eau. Cependant n'attachez pas trop d'importance à l'explication de ces symptômes, parce qu'il pourrait bien s'être glissé quelque erreur dans leur description, d'ailleurs trop peu détaillée. S'étant manifestés la nuit et s'étant dissipés le lendemain, ils n'ont pu être observés par aucun homme de l'art; et M. Coindet, n'étant pas le médecin ordinaire du malade, ne les a recueillis que de seconde source. Mais, ce qui mérite plus d'attention, c'est l'opinion de l'auteur sur la nature de cette maladie. Il la range sans hésiter parmi les céphalites ou inflammations du cerveau. (*Voy.* p. 64, ouv. cité.) Vous noterez aussi qu'entre les deux attaques, il y eut une rémission presque complète pendant trois jours, et qu'on n'observe pas de ces alternatives dans les apoplexies.

§. II. Je vous ai dit au commencement de la première lettre que je ne regardais comme résultat *évident* d'une maladie de la substance cérébrale que les ramollissemens partiels, parce qu'ils nous permettaient de comparer une partie désorganisée avec une autre qui

était dans l'état naturel, et nous donnaient, par-là, la certitude que cette altération ne tenait pas à un commencement de putréfaction ou à un état de cachexie générale des solides. Je pense toujours que, quand le ramollissement est général, on ne peut, sans de puissantes raisons, le regarder comme un état pathologique. Cependant les altérations que peut subir la pulpe nerveuse sont encore si peu connues, que je crois devoir vous rapporter quelques observations dans lesquelles le ramollissement était général, afin que vous puissiez juger par vous-même de l'importance qu'il faut y attacher.

N° 16.

Perte de la parole ; mort au bout de deux jours. — *Matière sanieuse entre l'arachnoïde et le cerveau, méningite, mollesse extrême du cerveau, du cervelet et des nerfs.* (Morgagni, Epist. 5, n° 11)

Un sarcleur, grand ivrogne, perdit tout à coup la parole, et mourut au bout de deux jours ; on ne put avoir d'autres renseignemens sur sa maladie. Morgagni, qui en fit l'ouverture, rapporte, entre autres choses, qu'il s'écoula de la sérosité du canal vertébral; il en trouva beaucoup sous l'arachnoïde, mais comme gélatineuse. Une espèce de matière blanche était répandue à la surface des lobes antérieurs du cerveau : examinée avec soin, quoique sans odeur, elle fut jugée de la *véritable sanie* infiltrée dans l'épais-

seur de la pie-mère; la substance du cerveau, autant qu'on put en juger, était saine. L'arachnoïde suivait facilement la main qui la détachait; le cerveau, le cervelet et les nerfs étaient d'une extrême mollesse. Les plus petits vaisseaux étaient distendus par du sang, ainsi que les différens sinus; enfin, la glande pinéale contenait quelques corps un peu durs.

Ce que dit Morgagni de cette matière blanche répandue à la surface des lobes antérieurs du cerveau, et qu'il regarde comme de la *sanie* infiltrée dans l'épaisseur de la pie-mère, la mort prompte du malade, qui a perdu tout à coup la parole, l'injection considérable des plus petits vaisseaux, me portent à croire que cette altération était, comme tous les autres ramollissemens, le résultat d'une inflammation, et non un effet cadavérique, quoiqu'il parle à la fois de la mollesse du cerveau, du cervelet et des nerfs.

N° 17.

Accouchement laborieux, symptômes de péritonite commençante; air stupide, étonné, symptômes gastriques, émétique, convulsions, délire violent, perte de connaissance, insensibilité générale. Mort dans la nuit. — *Mollesse diffluente de tout le cerveau, trace de péritonite, inflammation violente de l'estomac, altération des organes de la génération.*

Mademoiselle L***, âgée de vingt-trois ans, d'une

bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Jeanne, n° 15) le 29 mars, pour une prétendue hydropisie, pour laquelle on lui avait, disait-elle, fait prendre beaucoup de médicamens. Soupçonnant une grossesse malgré les dénégations de la malade, et voulant explorer l'état de l'utérus, nous trouvâmes, le docteur Patissier et moi, les jambes et les cuisses d'un fœtus à l'ouverture de la vulve. Je n'entrerai pas dans les détails de cet accouchement; il suffit que vous sachiez qu'il ne fut terminé qu'après trois quarts d'heure de manœuvres pénibles, parce que l'orifice de l'utérus, contracté sur le col du fœtus, retenait la tête; le placenta suivit le fœtus, qui pouvait avoir cinq à six mois. Nous ne pûmes avoir aucun détail sur ce qui avait précédé l'entrée de la malade, attendu qu'elle s'obstina, même après l'accouchement, à nier sa grossesse. Il était probable qu'on avait exercé des manœuvres coupables; celles de l'accouchement avaient été longues. Mais la malade perdait beaucoup de sang : on se borna à quelques boissons calmantes. Le lendemain, abdomen douloureux, surtout dans la région pubienne, lochies peu abondantes, face altérée. (Douze sangsues à la vulve.) Le soir, augmentation des symptômes. (Fomentations émollientes, laudanum, quinze gouttes; lavemens avec têtes de pavots, sinapismes aux pieds.) Nuit un peu plus calme.

Troisième jour au matin, face décolorée, un peu jaune; traits altérés, un peu grippés; œil inquiet, air

étonné, comme stupide ; langue muqueuse, ventre plus souple, moins douloureux (Emét., deux grains.) Le soir, tout était changé; la malade n'avait presque pas vomi, mais elle avait fait des efforts considérables, suivis bientôt de mouvemens convulsifs et de délire violent. Je la trouvai dans un état de stupeur et de résolution genérale portées au dernier degré; elle ne donnait aucun signe de connaissance ni de sensibilité, et n'articulait pas le moindre son. (Pédiluves sinapisés ; plus tard, sinapismes aux pieds.) Mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique trente heures après la mort. Le cerveau, un peu décoloré, avait entièrement perdu sa consistance ; il était partout d'une mollesse diffluente.

Poitrine. Rien de remarquable.

Abdomen. Péritoine qui recouvre la matrice, la vessie, le colon descendant et le rectum, parsemé de petites plaques d'un rouge vif; dans le fond du bassin, deux ou trois cuillerées d'une sérosité sanguinolente, dans laquelle nageaient quelques filamens rouges, semblables à quelques gouttes de sang délayées dans de l'eau ; le reste du péritoine avait l'aspect naturel. Estomac distendu par une grande quantité de gaz, et beaucoup de bile pure semblable à celle qui était contenue dans la vésicule. Membrane muqueuse depuis le cardia jusqu'à environ cinq pouces au-dessous, vers la grande courbure, d'un rouge vif, comme boursoufflée, et vers le pylore, dans une

étendue presque égale, aussi injectée et aussi épaisse, mais comme marbrée et d'un brun foncé. Dans les points où elle était blanche, elle avait moitié moins d'épaisseur; parties génitales externes tres-gonflées et d'un rouge foncé; membrane muqueuse du vagin épaisse et injectée; surface interne de la matrice d'un rouge-violet; vessie distendue par une énorme quantité d'urine; canal de l'urètre tuméfié, bouché par plusieurs caillots de sang.

§. I. Toutes les circonstances de cette observation sont fort remarquables; mais, pour ne nous occuper ici que de l'état de mollesse diffluente de tout le cerveau, faut-il l'assimiler aux altérations qui précèdent? A-t-il été la cause des symptômes observés depuis l'administration de l'émétique? Quelques-uns de ceux de la veille (œil inquiet, air étonné, comme stupide) n'étaient-ils que le prélude de ceux dont l'émétique n'aurait que hâté le développement? Ou bien était-ce l'effet d'une putréfaction commençante? C'est une question que je vous laisse à décider; mais avant je vous prie de relire l'observation de la malade n° 9, qui a la plus grande ressemblance avec celle-ci, et de remarquer que l'ouverture du corps a été faite trente heures après la mort, dans une saison où la température est ordinairement peu élevée.

§. II. Vous pouvez voir aussi dans le *Sepulcretum anatomicum* de Bonnet, liv. 1er, sect. 13, obs. 1re, un cas dans lequel la substance du cerveau, et surtout

celle des corps striés, était tout-à-fait comme de la boue, et si molle, que, quand on voulait l'inciser, elle coulait, pour ainsi dire, à la manière d'un liquide. Mais les autres circonstances de cette observation sont trop équivoques pour qu'on puisse en tirer quelques éclaircissemens.

Dans les observations suivantes, la maladie avait exclusivement son siége dans le corps calleux, le septum lucidum et la voûte à trois piliers. Vous verrez que leurs symptômes présentent un aspect particulier, qu'ils diffèrent essentiellement de ceux des observations précédentes par l'absence de la paralysie, seul symptôme que jusqu'à présent nous ayons toujours observé. En un mot, ces observations ont toutes un air de famille.

N° 18.

26 ans : céphalalgie, douleur pleurétique à *gauche*, suppression de règles, retour des accidens, constipation, nausées, langue blanche, ventre indolent, somnolence, engourdissement, diminution de la sensibilité, réponses difficiles. Mort le seizième jour de la rechute. — *Méningite chronique, ramollissement du corps calleux et de la voûte à trois piliers, destruction du septum lucidum, sérosité lactescente dans les ventricules, pleurésie chronique à* gauche, *muqueuse gastro-intestinale saine.* (Observat. communiquée par M. Martin Solon.)

Léger (Marie), âgée de 26 ans, éprouva, sans cause connue, vers le 5 ou 6 juillet 1820, des

frissons, une céphalalgie générale très vive, et perdit l'appétit. Huit jours après, elle se plaignit d'une douleur fixe au côté *gauche* de la poitrine; les crachats ne furent jamais sanguinolens : peu à peu ces symptômes se dissipèrent sans aucun traitement. Au bout de six semaines, les règles parurent à l'époque ordinaire; mais dans la journée, elles se supprimèrent par suite d'une frayeur subite. Depuis ce moment la céphalalgie revint accompagnée de nausées et de constipation. Huit jours après (6 septembre), la malade entra à l'Hôtel-Dieu.

Céphalalgie générale très-vive et continue, sans aucun autre symptôme d'affection cérébrale; anorexie, nausées, langue blanche, abdomen indolent, pouls et chaleur dans l'état naturel. (Décoction de tamarin.)

Le 7, ipécacuanha, qui produit des vomissemens bilieux assez abondans.

Le 8, persistance de la céphalalgie, nausées moins fréquentes, peu de fièvre. (Limonade, pédiluve sinapisé, lavement.)

Le 9 et le 10, point de changement dans les symptômes ni dans le traitement.

Le 11, augmentation de la céphalalgie et de la chaleur de la peau, constipation opiniâtre. (Vésicatoire à la nuque.

Le 12, réponses lentes, pouls un peu fréquent.

Le 13, affaissement général, lenteur des mouvemens, chaleur modérée, pouls peu fréquent. Le soir, chaleur très-forte, rougeur très-intense de

la face, pouls extrêmement fréquent; cependant persistance de la somnolence et de l'affaissement.

Le 14, somnolence encore plus prononcée, sensibilité obtuse, réponses très-difficiles, fréquence extrême du pouls, chaleur de la peau et mobilité des pupilles, comme dans l'état naturel. (Tamarin et quinquina, julep antispas., extrait de quinquina, lavement camphré, vésicat. sur la tête.) Le râle survient, et la malade expire dans la journée, seizième jour de la rechute.

Autopsie cadavérique. Embonpoint assez prononcé.

Tête. Arachnoïde des hémisphères opaque et épaissie dans plusieurs points; celle qui recouvre le processus cérébelleux supérieur, très-opaque, et la pie-mère sous-jacente infiltrée d'un fluide jaunâtre. Même état de l'arachnoïde et de la pie-mère, vis-à-vis de la protubérance annulaire, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Dans les ventricules latéraux, deux ou trois onces de sérosité lactescente. Arachnoïde des ventricules ni épaissie, ni granuleuse. Concrétions terreuses dans les plexus choroïdes. Portion antérieure du corps calleux, et voûte à trois piliers, réduites en une espèce de bouillie blanchâtre, homogène, sans consistance; cloison transparente diffluente et presque entièrement détruite; point d'injection vasculaire ni d'épanchement sanguin.

Poitrine. Plèvre *gauche* couverte dans toute son étendue de granulations grisâtres, de consistance médiocre; poumons gorgés de sang, le gauche surtout.

Abdomen. Membrane muqueuse gastro-intestinale ni injectée, ni ulcérée.

§. I. Deux mois avant d'entrer à l'hôpital, la malade éprouva une céphalalgie générale très-vive, etc.; et après la mort nous trouvâmes l'arachnoïde de la surface du cerveau et du cervelet opaque, épaissie par plaques. Elle se plaignait d'une douleur fixe au côté gauche de la poitrine, et la plèvre gauche était couverte de granulations grisâtres.

Vous voyez ici, comme dans les observations n°s 9 et 10, une inflammation chronique et simultanée de plusieurs membranes séreuses, et des symptômes qui, bien que peu prononcés, coïncident parfaitement avec les altérations organiques. (Comparez les granulations de la surface de la plèvre à celles de l'arachnoïde, dans les Observat. A, p. 101, n°s 3, 9 et 10.) Après une suppression de règles, retour de la céphalalgie, diminution de la sensibilité et des facultés intellectuelles, somnolence qui augmente jusqu'à la mort. Les ventricules latéraux, dont l'arachnoïde n'est ni épaissie, ni granuleuse, contiennent deux ou trois onces de sérosité lactescente qui atteste une inflammation aiguë; en même temps la substance cérébrale qui environne les ventricules est réduite en une bouillie blanchâtre, etc. Vous voyez une inflammation aiguë qui s'ajoute à une chronique; celle-ci nous explique parfaitement les premiers accidens; c'est à l'autre qu'il faut *principalement* attribuer la rechute et la nouvelle série de symptômes qui en a été la suite. Ces

symptômes ont beaucoup plus d'analogie avec ceux de l'hydrocéphale, qu'avec ceux de l'apoplexie. Cependant vous avez dû remarquer que jusqu'à présent la paralysie plus ou moins étendue, plus ou moins complète, était le symptôme le plus constant des ramollissemens du cerveau, au point que nous nous sommes spécialement attachés à distinguer cette paralysie de celle qui est produite par l'apoplexie. Nous l'avons observée même dans les cas où l'affection du cerveau avait été précédée d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde; nous l'avons toujours retrouvée au milieu des symptômes les plus irréguliers, les plus compliqués; et, dans tout le cours de cette observation, nous n'avons rien observé qui y ressemblât. Ne croyez pas cependant que cette *espèce d'exception* soit *une anomalie*, *une idiosyncrasie*.

Je dois encore vous faire remarquer une autre *irrégularité* : vous avez vu que la malade avait éprouvé une constipation opiniâtre, accompagnée d'anorexie, de nausées, de vomissemens, et cependant la membrane muqueuse gastro-intestinale n'était ni injectée, ni ulcérée; mais, en même temps, la langue était blanche, l'abdomen indolent, le pouls et la chaleur dans l'état naturel. Ces symptômes étaient donc sympathiques de l'affection cérébrale, comme cela arrive quelquefois; aussi ceux qu'on regarde comme pathognomoniques de l'inflammation gastro - intestinale manquaient. Plus on mettra de soin dans l'observation

des symptômes, plus on les trouvera d'accord avec les ouvertures de cadavres.

N° 19.

40 ans : fièvre, délire, mouvemens convulsifs, alternatives de prostration et d'excitation, de loquacité incohérente et de somnolence ; pouls très-variable, cris, sensibilité de l'abdomen, sécheresse de la langue, constipation. Mort le seizième jour. — *Ramollissement du corps calleux et de la voûte à trois piliers, rougeur à la membrane muqueuse gastro-intestinale.*

Duchesne Marie, âgée de 40 ans, journalière, grande et d'une constitution nerveuse, accoucha dans le mois d'août 1819; éprouva à la suite de ses couches divers accidens graves, et peu de temps après perdit son mari. Ce malheur lui causa beaucoup de chagrins, à la suite desquels elle eut, vers la fin de mars 1820, c'est-à-dire sept à huit mois après sa couche, une forte fièvre accompagnée de constipation. Le 30 mars, à la fièvre se joignit un délire violent, et le 3 avril on l'apporta à l'Hôtel Dieu. (Quinze sangsues à l'anus, un bain.) Le soir, le délire persiste. (Sangsues au cou.) Pendant la nuit, on est obligé de contenir la malade avec la camisole.

Le 4 avril, yeux brillans, fixes, propos incohérens, mouvemens convulsifs, pouls *fréquent*, langue *sèche et noirâtre*, ventre *indolent*. (Saignée du pied, un bain, émulsion.) Le soir, agitation moindre.

(Nouvelle saignée du pied, la première ayant peu donné.) Nuit tranquille.

Le 5, pouls plus fréquent, plus serré; roideur musculaire générale. (Bains, émuls., musc, deux grains.) Mieux dans la journée.

Le 6, face moins animée, persistance des autres symptômes. (Un bain, quatre grains de musc dans un julep.)

Le 7, loquacité; la malade entend ce qu'on dit, et y répond quelquefois, mais refuse de boire et de sortir sa langue, qui est humide. (Affus. d'eau fraîche sur la tête.) Le soir, elle demande un bain froid, puis de la tisane qu'elle refuse ensuite. Ses propos sont assez suivis; plus d'agitation.

Le 8, peu de changement. (Affus., etc.)

Le 9, même loquacité incohérente; point de selles depuis l'entrée de la malade. (Bain, lav. purg., infus. de tilleul, julep avec musc, quatre grains.)

Le 10, affaissement, somnolence. (Bain, sinap., etc.)

Le 11, douleurs générales, surtout au ventre; quand on le presse, la face se grippe; langue sèche, toujours incohérence des facultés intellectuelles; pouls un peu moins fréquent. (Dix sangs. à l'anus; lav. avec éther, 25 gouttes.) État syncopal dans la journée. (Sinap. aux cuisses.)

Le 12, affaissement extrême, refroidissement de la peau, pouls encore fréquent, mais très-variable persistance des autres symptômes. (Tilleul, lav. avec décoct. de kk. et 25 gouttes d'éther.) Le soir, variation

extrême dans les symptômes; tantôt agitation violente, tantôt prostration voisine de la mort; quelquefois réponses assez justes. (Vésicat. aux cuisses qui ne prennent pas.)

Le 13, même état. (Même prescription; plus, un gros d'extrait de kk. dans une potion.)

Le 14, pouls moins fréquent, somnolence; par instans, cris plaintifs et agitation; par accès, contraction des muscles des membres. (Sinap. aux genoux; même prescription; plus, un demi-gros de liqueur d'Hoffmann dans la potion.) Mort le 15 avril, seizième jour de l'apparition des symptômes cérébraux.

Autopsie cadavérique. Tête. Le cerveau était sain, à l'exception du corps calleux et de la voûte à trois piliers qui étaient transformés en une espèce de bouillie blanchâtre, homogène, sans injection vasculaire, ni épanchement de sang. Arachnoïde partout dant l'etat naturel.

Poitrine. Rien de remarquable.

Abdomen. Dans l'estomac et dans plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, quelques portions de membrane muqueuse injectées et rouges, mais sans épaississement ni ulcération.

Je dois encore cette observation à M. Martin Solon, qui m'a donné si souvent l'occasion de vous faire remarquer son exactitude scrupuleuse et sa sagacité (1).

---

(1) J'ai rapporté un grand nombre d'observations qui m'ont été communiquées par des élèves internes de l'Hôtel-Dieu, et j'aurai souvent encore l'occasion de faire usage de beaucoup

§. I. Il est difficile d'analyser d'une manière satisfaisante l'histoire de cette maladie. Elle a offert tant d'irrégularité dans sa marche, d'inconstance dans ses symptômes et de complication dans son traitement, qu'elle pourrait servir de type pour la description d'une fièvre ataxique ou même ataxo-adynamique, dans un cadre nosologique; aussi a-t-elle reçu ces

---

d'autres: je n'ai pu jusqu'à présent que citer leurs noms ; mais j'éprouve le besoin de payer à mes anciens collègues une dette sacrée pour mon cœur, celle de la reconnaissance. Je n'oublierai jamais l'empressement avec lequel ils n'ont cessé de me communiquer les faits les plus précieux. J'ai dit précieux ; ils le sont pour moi sous plus d'un rapport. J'ai vu la plupart des malades dont ces observations contiennent l'histoire : les notes ont été prises jour par jour par celui qui est chargé, après le médecin, de la responsabilité du service ; qui a sans cesse les malades sous les yeux : personne n'est donc plus heureusement placé pour recueillir avec soin les moindres détails d'une maladie. D'un autre côté, aucun fait ne mérite autant de confiance sous le rapport de l'authenticité. Les malades sont observés en même temps par un grand nombre d'élèves: les ouvertures de corps sont faites publiquement, et ordinairement les observations sont lues devant les élèves. Enfin, les internes de l'Hôtel-Dieu, pour ne rien perdre des faits importans disséminés dans un si vaste hôpital, se réunissent un jour de chaque semaine pour lire en commun les observations les plus remarquables que chacun a recueillies. Là, les moindres erreurs peuvent être relevées, les moindres omissions réparées : ce n'est qu'après cette épreuve que l'observation est consignée sur un registre, que tous peuvent consulter au besoin. Ici, l'amour-propre du praticien n'est intéressé ni à pallier un revers, ni à soutenir un système. Je le demande, les observations consignées dans les auteurs offrent-elles autant de garanties contre l'erreur ou la prévention?

différentes dénominations. Je vous ai déjà fait observer que cette irrégularité était fort commune dans le cours des maladies qui nous occupent ; mais vous avez vu qu'elle s'expliquait facilement par les complications qui existaient, par l'influence du traitement, etc. (*Voy.* surtout l'Obs. n° 7). Ici, vous voyez que pendant les cinq ou six premiers jours, on n'emploie que les saignées, les bains, les affusions fraîches sur la tête, et la maladie suit une marche assez régulière ; l'amélioration est frappante. Le deuxième jour, mieux dans la journée ; le troisième, face moins animée ; le quatrième, langue humide, intelligence, propos suivis, point d'agitation ; le cinquième, même état, etc. Mais on donne en même temps le musc, on y ajoute des lavemens avec l'éther, puis avec le quinquina et l'éther ; enfin on donne le quinquina à l'intérieur : en même temps on applique dix sangsues à l'anus, des vésicatoires aux cuisses, suivant qu'on remarque de l'agitation ou de la prostration, et les symptômes suivent assez exactement les oscillations du traitement.

Vous avez vu que la langue était tantôt sèche et noire, tantôt blanche et humide : or, vous savez que la sécheresse de la langue disparaît ordinairement dans le bain, que les affusions froides sur la tête produisent surtout cet effet d'une manière très-prompte et très marquée. Immédiatement après les premières ondées d'eau froide, le malade recouvre l'intelligence ; et quand on le tire du bain, on trouve sa langue humide et visqueuse : cet effet se soutient encore plu-

sieurs heures après. Vous avez aussi vu que le ventre avait été tantôt indolent, tantôt sensible à la pression. C'est une remarque que nous aurons souvent l'occasion de faire dans les cas de complication, d'affections abdominales et cérébrales; cette différence tient à l'état du cerveau dans le moment où l'on explore l'abdomen. Si dans ce moment l'organe qui perçoit les sensations jouit de ses facultés, le malade donne des signes de douleur, sa figure se grippe, etc. Dans le cas contraire, n'en ayant pas la conscience, il ne peut la manifester par aucun phénomène extérieur. La variation observée dans ces deux symptômes s'explique donc d'une manière toute naturelle, par l'effet des bains et des affusions froides. Ainsi, sans prétendre que l'étonnante variabilité des symptômes de cette maladie soit due exclusivement au traitement, il faut tenir compte du rôle important qu'il a joué.

Si vous examinez ces symptômes dans leur ensemble, vous leur trouverez une ressemblance frappante avec ceux de l'hydrocéphale aiguë : *yeux brillans et fixes*, *propos incohérens*, *pouls irrégulier*, *cris plaintifs*, *agitation suivie de somnolence*, *variation de la couleur de la face*, *et de l'état des facultés intellectuelles*, etc. Cependant nous n'avons pas trouvé d'épanchement dans les ventricules : mais ce qui est fort remarquable, la substance cérébrale qui les environne était désorganisée comme dans l'observation préccédente; et ce qui ne l'est pas moins, parmi tous ces symp-

tômes, vous n'en trouverez aucun qui ait quelque rapport avec ceux de l'apoplexie. Il n'est nulle part question de paralysie même incomplète ou partielle.

N 12.

30 ans : symptômes d'hydrocéphale aiguë. Mort le dixième jour. — *Ramollissement de la voûte à trois piliers et de la cloison transparente.* (Abercrombie, the Edimburgh. Med. and. surg. jour. july 1818 ; Obser. 4.)

R...., âgée de 30 ans environ, éprouva le 16 juin 1816 un violent mal de tête qui s'étendait d'une tempe à l'autre, avec agitation considérable, contraction des pupilles, sensibilité des yeux à la lumière, pouls mou et faible, soixante pulsations. Pendant trois jours, saignées générales et locales, forts purgatifs, applications froides sur la tête, vésicatoires. Mieux marqué, seulement oppression considérable, désir du repos, pouls de 80 à 90.

Le 22, parole embarrassée, pouls 112; jusqu'au 25, augmentation de la stupeur, réponses tardives, mais justes, pouls variable.

Le 26, coma, pupilles dilatées. Mort dans la nuit (dix jours après le début).

La voûte à trois piliers et la cloison transparente étaient réduites en une masse blanche et pulpeuse ; le reste était sain.

§. I. Vous voyez ici la même altération que dans l'observation précédente, occupant les mêmes parties, égale-

ment sans épanchement dans les ventricules, produisant à peu près les mêmes symptômes; et de même que dans les deux précédentes, il n'est pas question de paralysie.

N° 21.

20 ans : symptômes d'hydrocéphale aiguë. Mort au bout de quinze jours environ. — *Épanchement dans les ventricules, ramollissement de la cloison transparente et de la voûte à trois piliers.* (Abercrombie, ouv. cit., Obs. 5.)

Un jeune homme de vingt ans avait depuis plusieurs jours des maux de tête, avec agitation extrême, léger délire, face rouge. (Le pouls de 90 tomba à 60.) Du 19 au 20 septembre 1812, augmentation des symptômes. (Saignées larges et répétées, applications froides, vésicatoires, purgatifs.) Amélioration jusqu'au vingt-cinquième. Alors, stupeur profonde. Le 27, coma complet, qui dure jusqu'à la mort, arrivée le 30, quinze jours après le début de la maladie.

On trouva un épanchement dans les ventricules et à la base du crâne; la voûte à trois piliers était réduite en une masse informe, blanche et pulpeuse; la cloison transparente et la face interne des ventricules offraient le même aspect. Il y avait un dépôt abondant de lymphe coagulable à la surface supérieure du cervelet.

Cette observation ressemble tellement aux trois précédentes, surtout à la première, par l'épanchement de sérosité dans les ventricules et à la surface du cerveau et du cervelet, que je me dispense de toute réflexion : toujours point de paralysie, même faible ou partielle.

N° 22.

21 ans : symptômes d'hydrocéphale aiguë. Mort le dix-huitième jour.—*Epanchement dans tous les ventricules, ramollissement de la voûte à trois piliers.* (Abercrombie, ouv. cit., Obs. 6.)

D. G., imprimeur, âgé de vingt et un ans, était malade depuis six jours (3 septembre 1816), vomissait tout ce qu'il prenait, se plaignait d'un violent mal de tête, ne pouvait supporter la lumière, avait l'air abattu et l'œil égaré; pouls fort, soixante-dix pulsations; langue nette. (Larges saignées, purgatifs, vésicatoire, mercure doux, enfin exutoire à la nuque.) Jusqu'au 10, mieux graduel et soutenu. Le 11, point d'apparence de souffrance; cependant les yeux étaient égarés, les pupilles dilatées. Les jours suivans, délire, coma. Mort le 15, dix-huitième jour de la maladie. Tous les ventricules étaient pleins de sérosité; la voûte à trois piliers était réduite en une masse pulpeuse sans consistance. Reste du cerveau sain.

§. I. Il est probable que les vomissemens opiniâtres

tenaient, comme chez Marie Léger (observ. n° 16), à l'affection cérébrale, puisque la langue était nette; mais nous ne pouvons en avoir la certitude, attendu que les symptômes sont décrits d'une manière trop laconique, et que l'autopsie cadavérique est incomplète. Voilà l'inconvénient des observations trop écourtées : quoi qu'il en soit, vous voyez toujours les mêmes symptômes accompagner la même altération des mêmes organes, et toujours point d'apparence de paralysie.

§. II. En terminant l'article où nous avons puisé ces observations, le docteur Abercrombie compare entre elles les différentes histoires d'hydrocéphale qu'il a rapportées, et il fait observer que celles où l'on n'a trouvé que de la sérosité dans les ventricnles, sans ramollissement de la substance cérébrale environnante, n'ont été accompagnées, dans le principe, que de symptômes très-légers et peu inquiétans ; que celles au contraire qui ont offert avec un épanchement une destruction des parties centrales du cerveau (*laquelle ne peut être*, ajoute-t-il, *que le résultat d'une inflammation de ces parties*), ont débuté par des symptômes violens, qui, dès les premiers instans, annonçaient une inflammation des plus alarmantes (*Voy*. n°s 19 et 20); qu'enfin, dans la quatrième observation (*voyez* n° 18), cette destruction des parties centrales n'était pas accompagnée d'épanchement, quoique la malade eût éprouvé les mêmes symptômes que les deux autres.

De ces faits et de beaucoup d'autres semblables que

l'auteur a observés, il croit pouvoir conclure que, dans les cas d'hydrocéphale où la marche des symptômes a été très-rapide, la maladie a commencé par une inflammation du cerveau, laquelle a pu produire ou ne pas produire d'épanchement dans les ventricules. Ces réflexions très-judicieuses sont de tout point conformes avec les observations qui précèdent. Ainsi, sans parler de la conviction du docteur Abercrombie sur la nature inflammatoire de l'altération, vous avez vu dans plusieurs d'entre elles l'arachnoïde de la surface du cerveau enflammée, vis-à-vis des portions de la substance corticale qui étaient ramollies. (*Voy.* lettre 1re, observ. 16, et lettre 2e, obs. 1, 3 et 4.) Et, pour parler spécialement de celle des ventricules, dans l'observ. 9, lettre 1re, de la sérosité sanguinolente était épanchée dans le ventricule latéral gauche, et la substance cérébrale environnante était ramollie et injectée. Dans l'observ. 13, lettre 1re, la couche des nerfs optiques droite était ramollie, et vis-à-vis une fausse membrane, molle, récente, de même étendue, l'unissait au septum lucidum. Dans l'observ. 1, lettre 2e, de la sérosité était épanchée dans le ventricule droit, c'est-à-dire, du côté du ramollissement; l'autre était sec. Dans l'observ. 2 de la même lettre, l'arachnoïde était altérée, comme détruite, et la voûte à trois piliers était ramollie. (*Voyez* aussi l'obs. de Morgagni, n° 14, et surtout celle de Léger, n° 18.)

Ainsi nous ne pouvons pas douter que, dans beaucoup de cas, l'inflammation de la substance cérébrale

qui environne l'arachnoïde, ne détermine celle de cette membrane, soit dans les ventricules, soit à la surface du cerveau, et par suite l'épanchement séreux, séro-purulent, etc., qu'on rencontre quelquefois à sa surface. Il est facile de concevoir que, quand les symptômes d'hydrocéphale sont dus à une inflammation de la substance cérébrale, la maladie doit être plus grave, que sa marche doit être plus rapide.

Nous avons vu aussi plusieurs cas dans lesquels l'inflammation du cerveau n'avait pas produit celle de l'arachnoïde correspondante, et deux, entre autres, où le septum lucidum, la voûte à trois piliers, étaient détruits, sans qu'il existât d'épanchement; et cependant les symptômes avaient été les mêmes que dans les cas où l'inflammation du cerveau s'était étendue à l'archnoïde, c'est-à-dire ceux d'hydrocéphale; ce qui prouve que ce n'est pas tant l'inflammation de l'arachnoïde que l'affection consécutive de la substance cérébrale voisine qui détermine la gravité des symptômes; qu'on a trop attaché d'importance aux épanchemens; qu'on n'a pas encore assez arrêté son attention sur les ramollissemens, et qu'on s'est trop occupé de déterminer l'absorption du liquide épanché.

Cependant il ne faut pas être exclusif; il y a beaucoup de cas dans lesquels nous ne savons pas si l'inflammation du cerveau a précédé celle de l'arachnoïde; et il est probable que souvent elle a lieu simultanément. Dans d'autres, nous sommes certains que celle de l'arachnoïde a précédé de long-temps celle du cer-

veau, comme le prouvent les symptômes extérieurs de méningite chronique, suivis seulement, au bout d'un temps très-long, de ceux de ramollissement, qui se développèrent tout à coup; commme le prouvent aussi les altérations de l'arachnoïde, les adhérences organisées en tissu cellulaire, qui annoncent une inflammation chronique. Dans ces cas, il est bien certain que le ramollissement a été la suite de la méningite.

Ainsi, le raisonnement et l'expérience nous prouvent que l'inflammation de l'arachnoïde et celle du cerveau peuvent se manifester simultanément et par l'effet d'une même cause; que d'autres fois c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui commence. Nous ferons plus tard l'application de ces données à l'étude de l'hydrocéphale. En attendant, je vais vous rapporter une observation de M. Coindet, qui prouve que l'affection de la substance cérébrale qui environne les ventricules peut être consécutive.

N° 23.

Symptômes d'hydrocéphale chronique, amélioration; à sept mois, rechute promptement mortelle.—*Dans le ventricule* gauche, *douze onces de sérosité; dans le droit*, *environ une demi-livre d'une bouillie couleur de chocolat mêlée de sang et de substance cérébrale.* (Coindet, mémoire sur l'Hydrocéphale, page 43, à la note.)

Une petite fille de sept mois, dont les deux frères

étaient morts d'hydrocéphale, le premier âgé de quatre ans, et le second de trois, peu de jours après sa naissance, heurta de la tête contre le plancher, au moment où la nourrice changeait ses langes : cependant on ne remarqua aucune apparence de contusion, d'ecchymose, ni aucun symptôme de commotion; mais on remarqua que l'enfant avait la tête plus grosse que de coutume, et pouvait à peine la supporter. A six semaines, elle loucha de l'œil droit; à quatre mois, eut des vomissemens et des convulsions du côté *droit*, avec dilatation des pupilles, assoupissement, et semblait devoir succomber d'un moment à l'autre. Cependant, ayant pris du vin d'Espagne, du calomel et de la digitale, elle se rétablit, en conservant le strabisme de l'œil droit, la dilatation des pupilles, et jouit d'une santé en apparence assez robuste : mais la tête continua de se développer énormément. Elle ne parut pas acquérir d'intelligence; lorsqu'on pressait la fontanelle, on sentait une fluctuation évidente; on déterminait une dilatation considérable de la pupille, qui se dissipait lentement. A sept mois, elle eut une nouvelle attaque d'hydrocéphale avec moins de convulsions, mais plus de faiblesse que dans la précédente, et dilatation complète des pupilles; elle cessa de prendre le sein, et succomba dans une légère attaque de convulsions.

Autopsie cadavérique. Membranes pâles et décolorées, circonvolutions du cerveau effacées, ventricule droit contenant environ une demi-livre de bouillie de

couleur et de consistance de chocolat, mêlées de caillots et de substance du cerveau *décomposée ;* ventricule gauche dilaté, au point de contenir près de douze onces d'une sérosité limpide, non coagulable par la chaleur; le troisième ventricule n'existait plus.

§. I. Ici l'altération de la substance cérébrale a bien évidemment été consécutive à l'hydrocéphale chronique. C'est à elle qu'il faut principalement attribuer la rechute. Vous n'admettez donc pas d'une manière exclusive que l'affection de l'arachnoïde des ventricules et l'épanchement qu'on rencontre dans leur cavité, soient toujours produits par la maladie de la substance cérébrale environnante.

Vous avez vu que la mort était survenue promptement après la rechute; ce qui vous prouve que l'inflammation consécutive de la substance cérébrale qui a produit le ramollissement, quoique provoquée par une méningite chronique, a suivi une marche aiguë.

N° 24.

Après les considérations étendues dans lesquelles je suis entré en terminant la lettre précédente, et les réflexions qui accompagnent chacun des faits particuliers que j'ai rapportés dans celle-ci, je pourrais peut-être me dispenser de revenir encore sur la nature inflammatoire de cette dernière espèce de ramollissement. Mais M. Recamier, dont l'opinion est d'un très-grand

poids, professe avec beaucoup d'éloquence des idées tout-à-fait opposées. Cet habile praticien regarde *plus que jamais* les ramollissemens du cerveau comme une altération *sui generis*, une dégénérescence particulière, qu'il compare à certains ramollissemens de la rate. Il croit ces désorganisations indépendantes de toute inflammation, et produites par une cause générale, une maladie de toute l'économie, une *fièvre ataxique*, *nerveuse*, *maligne* ou *pernicieuse*, qui se porte sur le système nerveux, et spécialement sur le cerveau, détruit et désorganise son tissu ; de là, les *ramollissemens*, les *dégénérescences*, les *foyers ataxiques*.

Passons donc rapidement en revue ces différentes altérations. Et d'abord je dois vous faire remarquer que dans le plus grand nombre de cas, le ramollissement du cerveau était accompagné d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde, ou d'adhérences contre nature qui existaient exclusivement ou principalement vis-à-vis de la partie du cerveau qui était malade ; et c'est déjà une circonstance fort remarquable.

J'ai commencé par vous rapporter des observations dans lesquelles une partie du cerveau ramolli était fortement injectée, tandis qu'une autre était en suppuration. Dans la première, la maladie a présenté deux époques distinctes, c'est-à-dire, qu'après une amélioration bien marquée, le malade éprouva une rechute : la substance grise de la partie supérieure des lobes moyen et postérieur droits était d'un

blanc sale, et contenait plusieurs abcès, tandis que celle de la partie inférieure des mêmes lobes, qui était pénétrée de sang, avait une couleur brunâtre, comme dans les observations de la lettre précédente. Je vous ai fait remarquer que ce double changement de couleur de la substance grise s'expliquait d'une manière toute naturelle par son mélange avec le pus, d'une part, et avec le sang, de l'autre; que ces deux altérations, dont l'une avec injection sanguine et l'autre avec suppuration, avaient tous les caractères d'une inflammation aiguë, observée à deux époques différentes; et qu'enfin cette probabilité se changeait en certitude, par la coïncidence parfaite des deux séries de symptômes observés pendant la vie avec les deux degrés de l'altération en question. J'insiste sur cette observation, parce que je ne crois pas qu'il existe en médecine rien de plus clair, de plus démonstratif. Vous retrouvez à peu près les mêmes circonstances dans l'Observation n° 11 de la lettre 1re. La substance grise de la partie antérieure de l'hémisphère gauche était très-injectée, comme pénétrée de sang, et la partie postérieure du ventricule gauche *était détruite comme par suppuration, de manière à laisser une cavité en forme de ventricule accidentel.*

Après vous avoir montré ces deux espèces de ramollissement avec injection sanguine et avec suppuration, ou, pour mieux dire, ces deux degrés de l'inflammation aiguë du cerveau isolés l'un de l'autre dans le même hémisphère du cerveau, je vous les ai fait voir l'un à côté de l'autre dans l'observation de Collado

(n° 1, §. IV). La substance grise enflammée était, dit-il, *partìm ex rubro nigricans*, *partìm purulenta;* dans celle de Jean Bauhin (n° 1, §. V), *ea pars nigricabat et apostema continebat in proximâ cerebri parte;* dans l'observation de M. Dan de La Vautrie (n° 9, lettre 1re), la substance cérébrale était d'un *rouge amaranthe* à la surface, et à *moitié réduite en pus au centre;* enfin dans l'observation de M. Avisard (n° 1, §. VII), la substance cérébrale, réduite en bouillie, était environnée d'une ligne d'un *rouge pâle*, en dehors de laquelle existaient une foule de petits points rouges. Ainsi vous voyez ces deux degrés de l'inflammation se confondre, et leurs caractères aller en décroissant: d'une part, l'injection vasculaire diminue ainsi que la coloration du cerveau; de l'autre, il n'est pas question de pus. Ces observations nous conduisent donc, par une transition insensible, du ramollissement avec injection sanguine, au ramollissement avec infiltration de pus, ou du premier au second degré de l'inflammation du cerveau.

Mais poursuivons. M. Rochoux (n° 2), sans penser à une inflammation, mais décrivant avec exactitude ce qu'il avait vu, remarque que cette espèce de bouillie pultacée semblait formée par une trituration de la substance cérébrale avec du *pus;* et comme pour rendre encore plus frappante la ressemblance de cette altération avec un abcès, il ajoute que « cette substance se laissait facilement entraîner par un courant d'eau, de manière à laisser une sorte de grande caverne. » Je vous ai fait remarquer que le

corps strié était de même couleur que la substance blanche.

Dans l'observation n° 3, nous avons trouvé plusieurs petits foyers dans le centre ovale de Vieussens, et dans le corps strié du même côté; et vous avez vu que la substance grise des circonvolutions, décolorée, avait aussi le même aspect que la substance blanche.

Dans celle qui suit (n° 3, §. IV), la chose était encore plus évidente. Le lobe postérieur gauche contenait un abcès plein d'un pus verdâtre, et le cerveau environnant était d'une mollesse diffluente, avait la même couleur que le pus; et la substance grise, quoique moins affectée, était aussi verdâtre et par conséquent imprégnée de pus.

Dans celle de Gottl Schmidt (n° 4, §. II), la suppuration était déjà plus équivoque; c'était, dit-il, une transformation semblable à de la gélatine très-liquide, ou plutôt à un abcès, *vel potius colliquamento*. Kaav dit (n° 4, §. III) que la substance *grise* était transformée en un mucus *jaunâtre* et fétide, dans lequel flottaient les vaisseaux de la pie-mère; et Morgagni regarde cette altération comme un véritable abcès.

J'ai aussi arrêté votre attention sur les expressions remarquables de Kaav (obs. n° 5), qui trouva dans la substance du cervelet, *plus molle* que celle du cerveau, un *abcès* plein d'une humeur *peu naturelle*, de couleur *citrine* un peu *pâle;* expressions qui sont équivalentes à celles *de la trituration de la substance cérébrale avec du pus*, etc., dont se sert M. Rochoux. Vous voyez qu'il s'agit moins ici d'un véritable abcès que d'une

suppuration commençante, semblable à celle dans laquelle le pus infiltré dans la pulpe cérébrale désorganisée, était déjà, dans plusieurs points, réuni en petits foyers épars. Dans l'observation suivante (n° 6), la même altération existait également dans le cervelet; mais elle était moins avancée, et ressemblait moins à un abcès.

Dans l'observation 7, le corps strié et la couche des nerfs optiques du côté *droit* étaient transformés, ainsi que le centre ovale de Vieussens, en une espèce de bouillie moins blanche que la substance médullaire dans l'état sain; leurs vaisseaux se séparaient très-facilement. L'altération du côté gauche était moins étendue et moins avancée : les symptômes avaient commencé par le côté *gauche* du corps, et ne s'étaient étendus au droit que sur la fin de la maladie. Ici il n'est pas question de pus rassemblé en foyer, mais la substance grise était d'un blanc sale : ses vaisseaux semblaient flotter dedans, comme ceux de la pie-mère dans le mucus jaunâtre et fétide dont parle Kaav. Il n'y a donc d'autre différence entre cette altération et celle décrite par Kaav, et que Morgagni regarde comme un abcès, que l'absence de l'odeur fétide; et vous savez ce qu'il faut penser de ce caractère éventuel de la suppuration. Son absence ne doit donc pas nous empêcher de regarder cette désorganisation comme un commencement de suppuration, et la décoloration de la substance grise comme un effet de la présence du pus. J'en dirai autant de la transformation de la substance grise du lobe antérieur gauche du cerveau (obs.

n. 8), en une matière extrêmement molle, pulpeuse, *jaunâtre*, adhérente à l'arachnoïde, laquelle, dans le même endroit, avait également contracté des adhérences avec la dure-mère, et cela vis-à-vis de la partie du crâne qui avait été contuse un mois auparavant. Vous retrouvez exactement les mêmes circonstances dans l'observation de M. Avisard, qui vient ensuite (n. 8, §. III) : la surface du cerveau adhérait à l'arachnoïde, et l'arachnoïde à la dure-mère. La substance cérébrale était tellement diffluente qu'elle s'écoula aussitôt qu'on eut plongé le bistouri dans cet hémisphère. Que fallait-il de plus pour que ce fût un véritable abcès? Voyez aussi l'observation de Morgagni, n. 8, §. IV.

Dans l'observation n. 9, la substance grise adhérente à l'arachnoïde était d'un blanc jaunâtre, diffluente, et semblable à du *pus*.

Dans les autres observations, les caractères de la suppuration sont plus équivoques ; mais vous remarquerez que, dans la dixième, la protubérance annulaire, composée en grande partie de substance grise, était diffluente et de couleur *jaunâtre*, et il existait en même temps une inflammation bien prononcée de l'arachnoïde. Dans la onzième, la même protubérance était réduite en matière semblable à de la bouillie. Dans les autres, l'altération n'étant pas bien décrite, on ne peut en tirer aucune conséquence ; vous avez vu cependant que des deux ramollissemens dont parle Morgagni, l'un (n° 14) était accompagné d'une inflammation considérable de l'arachnoïde; l'autre (n° 16), d'une *véritable sanie* infiltrée dans la pie-mère, d'une

injection vasculaire, telle que les plus petits vaisseaux étaient distendus par du sang. Enfin, si M. Coindet (n. 15) n'a pas décrit l'altération, il n'hésite pas à la ranger parmi les *céphalites* ou inflammations du cerveau. Vous savez aussi quelle est l'opinion du docteur Abercrombie.

§. I. Vous avez vu par les observations de la lettre première, que toutes les fois que la substance grise était ramollie, injectée, pénétrée de sang, elle avait une couleur plus foncée que dans l'état naturel. Nous en avons conclu que cette coloration particulière tenait à la présence du sang dans la substance grise, et cela avec d'autant plus de certitude, que nous n'avons jamais trouvé cette couleur brunâtre violacée, etc., dans la substance blanche. Maintenant vous venez de voir que toutes les fois que nous avons trouvé dans la substance grise désorganisée, ou dans les environs, une suppuration bien évidente, cette même substance grise était décolorée, d'un blanc sale, jaunâtre, verdâtre, etc. D'où il me semble naturel de conclure que quand elle est ramollie, diffluente, pâle, blanchâtre, jaunâtre, etc., quoique nous n'y trouvions pas de véritable abcès, ce n'est pas moins à la présence du pus qu'il faut attribuer cette altération de sa couleur naturelle; seulement il n'est encore qu'infiltré dans son tissu, il ne peut être reconnu que par analogie, parce qu'il n'est pas encore réuni en masse assez considérable pour être appréciable au premier coup d'œil. Ainsi, de même que le sang injecté dans les vaisseaux

de la substance grise, infiltré ou combiné avec elle en différentes proportions, lui communique différentes nuances de couleur, depuis le rouge grisâtre jusqu'au violet noirâtre; de même, lorsque la suppuration commence à s'établir, le pus remplace le sang, et imprègne de sa couleur la substance grise dans laquelle il s'infiltre, s'y combine d'abord avant de se réunir sous forme d'abcès, et, suivant son abondance et sa couleur propre, il lui communique différentes nuances depuis le blanc sale jusqu'au vert; de même aussi que nous avons été conduits, de l'injection vasculaire la plus simple, à l'épanchement de sang des apoplexies, par des nuances insensibles, entre lesquelles nous n'avons pas pu trouver de ligne de démarcation bien tranchée, de même nous sommes arrivés en sens inverse, par des transitions imperceptibles, des abcès ou collections de pus au milieu de la substance cérébrale ramollie, jusqu'à la simple décoloration de la substance grise par l'infiltration du pus.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la substance grise, parce que sa couleur naturelle nous offrait un terme de comparaison que nous n'avions pas dans la substance blanche. Mais de même que l'injection sanguine donne à cette dernière une teinte rosée ou rouge plus ou moins foncée, de même le pus, lorsqu'il est coloré, lui communique son aspect jaunâtre, verdâtre, etc.; mais, comme il arrive quelquefois que le pus est d'un blanc plus ou moins mat, vous concevez qu'alors il ne peut pas changer la couleur de la sub-

stance blanche. Ce cas est, je l'avoue, fort obscur, peu susceptible d'une démonstration positive ; il n'y a que l'analogie qui puisse entraîner la conviction. C'est à vous de juger si elle est suffisamment établie. Quoi qu'il en soit, la couleur jaune, verte, etc., de la substance cérébrale ramollie, n'indique pas moins positivement la présence du pus, que la couleur rose, rouge, etc., n'indique celle du sang ; et l'infiltration du pus dans la substance cérébrale désorganisée, ne caractérise pas moins exactement le commencement de la seconde période de l'inflammation du cerveau, que l'injection sanguine ne caractérise la première.

§. II. Consultons maintenant les analogies, et voyons si ces données s'accordent avec tout ce que nous savons des inflammations phlegmoneuses. Quand on examine le tissu d'un organe qui a été affecté d'inflammation aiguë arrêtée par la mort au milieu de sa première période, on trouve son parenchyme infiltré de sang, rouge, brun, violacé ; ses plus petits vaisseaux sont développés, son tissu est très-facile à déchirer. Je vous ai fait voir que cet état correspondait à celui du cerveau dans les observations de la lettre première. Un peu plus tard vous rencontrerez çà et là un peu de pus infiltré dans les mailles du tissu cellulaire qui a pris une teinte grisâtre, jaunâtre, est devenu plus fragile encore ; quelques gouttes de pus commencent déjà à se réunir en différens points, mais le reste de l'organe est encore gorgé de sang ; la partie du phleg-

mon qui commence à suppurer est environnée d'une atmosphère de vaisseaux dilatés. N'est-ce pas là le cas des premières observ. de cette lettre (Voy. n° 1 et §. IV, V, VI et VII), dans lesquelles nous avons trouvé du pus dans certains points, et dans d'autres une injection considérable avec coloration brunâtre, noirâtre, etc.; plus tard l'injection vasculaire diminue, disparaît entièrement : peu à peu le pus remplace le sang, s'infiltre dans les aréoles du tissu cellulaire presque privé de cohésion, se combine pour ainsi dire avec lui. Si vous divisez l'organe malade, vous n'y trouverez pas encore de foyer purulent bien distinct; mais en le pressant entre les doigts, vous en ferez sortir des gouttelettes de pus, dont la présence deviendra évidente alors par la réunion des molécules éparses en globules distincts. Je n'ai pas besoin de vous dire que c'est à l'organisation même de la substance cérébrale qu'il faut attribuer l'impossibilité où l'on est de l'exprimer ainsi de son tissu dans lequel il est infiltré de la même manière : il est évident aussi que cet état correspond à celui des ramollissemens avec coloration jaunâtre, verdâtre, etc, ou simplement avec décoloration de la substance grise.

Plus tard le pus se réunit en petits foyers vers le centre, tandis qu'à la circonférence il n'est encore qu'infiltré dans le tissu cellulaire; mais ces petits foyers ne forment pas encore un véritable abcès à cavité bien circonscrite; c'est le cas des observations n°s 3 et 5. Au bout de quelques jours ces petits foyers se réunissent pour n'en

faire qu'un principal, dont la cavité est plus exactement limitée, dont les parois sont mieux dessinées ; il existe un abcès proprement dit. (Voy. l'obs. nº 3, §. IV.) Enfin, quand la marche de l'inflammation est plus lente, quand le pus séjourne plus long-temps au milieu des tissus affectés, cinq à six mois par exemple, les parois du foyer s'organisent ; il se développe autour du pus une véritable membrane, comme il s'en forme autour de tous les corps étrangers qui séjournent dans l'économie, autour des caillots de sang, dans les apoplexies par exemple : tels sont les abcès par congestion, ceux qu'on a appelés *froids*, qui ont leurs analogues dans les abcès enkystés du cerveau, que nous examinerons par la suite.

Vous voyez que les inflammations du cerveau présentent les mêmes phénomènes, suivent la même marche que celle de tous les organes parenchymateux, sauf quelques légères différences qui tiennent à la mollesse de la substance nerveuse, et au peu de tissu cellulaire qui entre dans sa composition.

Pour être plus clair, prenons un exemple particulier, et choisissons parmi tous les organes celui dont les maladies ont été étudiées avec le plus de soin. Lorsqu'un malade meurt avec une inflammation aiguë du poumon encore à sa première période, on trouve son tissu gorgé de sang, comme *carnifié*, *hépatisé;* quand on le coupe par tranches, on voit ruisseler de sa surface divisée une foule de gouttelettes de sang qu'on exprime facilement de son

parenchyme, avec lequel il semblait combiné. Si la maladie a duré plus long-temps, le tissu du poumon est grisâtre, blanchâtre dans certains points; sanieux, brunâtre, violacé dans d'autres; on en exprime dans certains endroits du pus, et dans d'autres du sang : plus tard, l'injection vasculaire disparaît, le pus prend partout la place du sang; il s'infiltre, se combine avec le parenchyme du poumon, de manière à former un tout homogène, blanc, jaunâtre ou verdâtre, suivant la couleur du pus, quoiqu'on n'y rencontre pas d'abcès proprement dit (du moins cela est excessivement rare); le pus ruisselle de sa surface à chaque section qu'on y pratique, et personne ne doute de l'existence d'une véritable suppuration du poumon : c'est au pus qu'on attribue sa consistance et sa couleur. Quand l'inflammation est moins aiguë, quand la suppuration s'établit d'une manière plus lente, on trouve le poumon semblable à un foie gras; il forme un tout homogène qui se laisse couper et déchirer comme du lard rance ou du beurre un peu ferme; c'est ce qu'on a plus particulièrement appelé hépatisation grise ou blanche. Quand on en exprime une tranche entre les doigts, on en fait sortir une matière onctueuse puriforme, qui, ramassée sur le manche d'un scalpel, peut être reconnue pour du véritable pus, quand on a vu des cas analogues où la suppuration était évidente; encore faut-il convenir qu'il est tellement uni au tissu cellulaire, qu'il semble retenu dans ses mailles, molécule à molécule, et que souvent on prendrait

plutôt ces hépatisations blanches du poumon pour une dégénérescence graisseuse semblable à celle du foie, que pour une véritable suppuration. C'est à cet état du poumon que je compare les ramollissemens avec coloration jaunâtre, verdâtre, décoloration de la substance grise, ces transformations en une espèce de bouillie diffluente d'un blanc sale, etc. La ressemblance serait parfaite si l'organisation du cerveau permettait d'en exprimer le pus : je vous ai fait voir que l'augmentation de consistance du poumon tenait à ce que le pus avait pris la place de l'air, à ce qu'il était emprisonné par un tissu cellulaire extrêmement abondant; que cependant cette augmentation de consistance n'empêchait pas son tissu de perdre sa cohésion, de manière à se laisser déchirer avec la plus grande facilité. (*Voy.* la lettre 1re, p. 88 et suivantes.) Supposez un instant que ce tissu cellulaire si abondant du poumon, soit remplacé par de la substance cérébrale; quelle consistance aura l'hépatisation blanche dont nous parlons?

Ainsi les inflammations du poumon et du cerveau produisent dans ces deux organes des altérations analogues. Dans l'un et l'autre cas, il y a diminution de la cohésion, de la ténacité du tissu affecté. Les diverses nuances que présentent les hépatisations du poumon ne diffèrent de celles que nous avons observées dans les ramollissemens du cerveau, que par la densité; et cette différence, je ne puis trop le répéter, tient à l'abondance du tissu cellulaire dans le poumon, et à son absence presque absolue

dans le cerveau; c'est aussi pour cette raison que l'infiltration du pus est plus facile à démontrer dans le premier que dans le second. Et de même qu'on rencontre rarement des inflammations aiguës du poumon sans altération de la plèvre correspondante, et des inflammations de la plèvre sans affection de la surface du poumon, de même nous avons rarement trouvé la substance cérébrale de la surface du cerveau ou des ventricules ramollie, sans que l'arachnoïde correspondante ait offert des traces d'inflammation; et nous avons vu dans beaucoup de cas des inflammations de l'arachnoïde précéder évidemment de long-temps celle du cerveau.

Enfin les inflammations de la plèvre influent directement sur les fonctions du poumon, comme celles de l'arachnoïde sur les fonctions du cerveau; et si les symptômes de la pleurésie ont beaucoup de ressemblance avec ceux de la pneumonie, les symptômes de méningite n'ont pas moins d'analogie avec ceux de l'encéphalite. Malheureusement nous n'avons pas ici la ressource de la percussion et de l'auscultation médiate, qui dans le plus grand nombre des cas peuvent seules faire distinguer les affections de la plèvre de celle du poumon.

Je vous ai dit que M. Récamier comparait les ramollissemens du cerveau à ceux de la rate. J'avoue qu'on trouve dans certains cadavres cet organe comme diffluent, transformé en une espèce de sanie, semblable à du chocolat ou à de la lie de vin. Je ne dis pas que cette altération de la rate n'ait de l'analogie

avec celle du cerveau; mais personne jusqu'à présent, je pense, n'en connaît encore ni la cause ni les symptômes. Or, pour arriver à la solution d'un problème, il ne faut pas commencer par y introduire un nouvel inconnu. Pour me donner une idée d'un objet dont j'ignore la nature, il ne faut pas le comparer à un autre que je connais encore moins. L'état de la science sur les maladies de la rate prouve seulement, comme je l'ai dit en parlant des rapports intimes et réciproques de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie (préface, pag. 3), que « les organes dont les affections ont été plus tôt et plus exactement connues, sont aussi ceux dont la structure et les fonctions étaient plus faciles à apprécier. »

De ce que les ramollissemens du cerveau sont souvent accompagnés de certains symptômes qui paraissent irréguliers ou bizarres, faut-il en conclure que cette altération soit produite par une fièvre *ataxique*, *nerveuse*, *pernicieuse* ou *maligne?* C'est comme si l'on prétendait aujourd'hui que dans l'apoplexie, c'est la paralysie qui est la cause de l'épanchement de sang; car on a fait aussi de l'apoplexie une maladie essentielle, jusqu'au moment où de nombreuses ouvertures de cadavres ont permis de reconnaître la cause des symptômes observés pendant la vie.

§. III. *Siége.* Si nous examinons, comme nous l'avons fait pour les ramollissemens avec injection vasculaire, etc., quel a été le siége de la maladie dans les observations qui précèdent, nous trouverons que la substance

grise de la surface du cerveau a été affectée neuf fois, dont trois à droite (n° 1, §. V, et n° 13), trois à gauche (n° 8, n° 3, §. IV, et n° 9), et trois des deux côtés (n° 1, §. IV, n° 4, et §. III); le corps strié, deux fois à droite (nos 2 et 3); la couche des nerfs optiques, et le corps strié, une fois à droite, (n° 7); la protubérance cérébrale trois fois (nos 10, 11 et 12). Dans cinq autres observations, la maladie affectait les substances blanche et grise à peu près également, une fois à droite (n° 4, §. II), quatre fois à gauche (n° 1, §. VII, n° 3, §. IV, n° 4, §. IV, et n° 15). Sur huit autres observations, la substance blanche seule était ramollie une fois (n° 1, §. VII); celle du lobe gauche du cervelet une fois (n° 6); les cuisses et et le corps de la moelle allongés une fois (n° 3); le corps calleux, le septum lucidum et la voûte à trois piliers cinq fois (nos 18, 19, 20, 21 et 22); les parois du ventricule droit une fois (n° 23). Si vous rapprochez ce résumé de celui de la lettre précédente, en y ajoutant les deux observations de MM. Cruveilhier et Gombaut (*voy.* les obs. A et B, note, pages 101 et 104), vous aurez le tableau suivant :

Sur quarante-six observations dans lesquelles le siége de la maladie a été indiqué d'une manière assez précise, il a existé exclusivement ou principalement :

	Du côté droit.	Du côté gauche.	Des deux côtés en même temps.	Sur la ligne médiane.	
Dans la substance grise de la surface du cerveau.	3	7	6	»	16
Dans le corps strié et la couche des nerfs optiques.	9	2	2	»	13
Dans la protubérance cérébrale.	»	»	»	4	4
Dans la substance blanche.	1	1	»	6	8
Et dans les substances blanche et grise à peu près également.	1	4	»	»	5
	14	14	8	10	46

Ainsi, sur ces quarante-six observations, la maladie a eu son siége principal trente-trois fois dans la substance grise ou dans des organes qui en sont principalement formés, et huit fois seulement dans la substance blanche. Et ce qui est encore assez remarquable, la surface des circonvolutions, où la substance grise existe sans mélange, a été affectée seize fois; le corps strié et la couche des nerfs optiques, qui en sont en grande partie formés, treize fois; et la protubérance annulaire, où l'on en rencontre moins, ne l'a été que quatre fois. Il est vrai qu'il faut avoir égard à la grande étendue qu'occupe en surface la substance

grise des circonvolutions, au volume du corps strié, de la couche des nerfs optiques et de la protubérance annulaire. Il faut aussi tenir compte du voisinage de l'arachnoïde, puisque, dans plusieurs cas, l'inflammation de la substance grise a été due évidemment à celle de l'arachnoïde en contact avec elle. Quoi qu'il en soit, la disproportion entre le nombre des affections de la substance grise et de la substance blanche est trop grande pour qu'on puisse l'attribuer au hasard. Je vous ai déjà fait remarquer que ce rapport de fréquence coïncidait parfaitement avec la distribution des vaisseaux dans la substance cérébrale. Cette coïncidence n'est pas seulement intéressante sous le point de vue pathologique; elle prouve encore que la substance grise jouit d'une activité plus grande que la substance blanche, et qu'elle est chargée de fonctions plus importantes; résultat conforme à l'opinion du docteur Gall, qui la regarde comme un organe de sécrétion, de création, comme la partie essentielle de la pulpe nerveuse.

§. IV. La *durée de la maladie* est, dans beaucoup de cas, difficile à déterminer d'une manière précise; tantôt parce que les observateurs ont négligé d'indiquer l'époque de l'invasion, ou parce qu'il a été impossible de se procurer à cet égard les renseignemens nécessaires; tantôt parce que d'autres affections ont précédé l'inflammation du cerveau, et que les symptômes se sont succédés presque sans transition. Pour éviter ces causes d'erreur, je n'ai tenu compte dans

le relevé suivant que des observations les plus positives.

Malades morts dans le premier septénaire, 22.	Mort subite,	3.	L. I, n. 7 et 19. — L. II, n. 4, §. 3.
	— très prompte,	3.	L. I, n. 13 et 21. — L. II, n. 17.
	— le 2ᵉ jour,	3.	L. I, n. 17. — L. II, n. 3, §. 4, et n. 16.
	— le 3ᵉ,	4.	L. I, n. 4 et 16. — L. II, n. 9 et 15.
	— le 4ᵉ,	3.	L. I, n. 13. — L. II, n. 8 et 11.
	— le 5ᵉ.	1.	L. II, note, page 104.
	— le 6ᵉ,	3.	L. II, n. 4, 13 et 14.
	— le 7ᵉ,	2.	L. I, n. 2. — L. II, n. 1.
Dans le second septénaire, 12.	— le 8ᵉ,	4.	L. I, n. 5 et 11. — L. II, n. 1, §. 7, et n. 6.
	— le 9ᵉ,	1.	L. II, n. 3.
	— le 10ᵉ,	1.	L. II, n. 20.
	— le 11ᵉ,	1.	L. II, n. 12.
	— le 12ᵉ,	4.	L. I, n. 7, 8 et 14. — L. II, note, page 101.
	— le 13ᵉ,	1.	L. I, n. 12.
Dans le troisième septénaire, 7.	— le 15ᵉ,	1.	L. II, n. 21.
	— le 16ᵉ,	2.	L. II, n. 18 et 19.
	— le 17ᵉ,	1.	L. I, n. 15.
	— le 18ᵉ,	1.	L. II, n. 22.
	— le 20ᵉ,	1.	L. I, n. 6.
	— le 21ᵉ,	1.	L. II, n. 7.

Le malade du n° 10, lettre 1ʳᵉ, n'est mort qu'au bout de deux mois; mais il faut remarquer que l'inflammation du cerveau est survenue à la suite d'une apoplexie, et que nous avons trouvé du pus autour du caillot. La malade du n° 8, après une chute sur la tête,

qui causa des accidens graves, fut sujette, pendant deux mois, à des attaques d'épilepsie, etc. Mais elle ne vécut que quatre jours après l'apparition des symptômes d'inflammation du cerveau. Les premiers étaient dus à l'affection chronique de l'arachnoïde. Voyez aussi les observations de M. Cruveilhier (note, page 101), de M. Martin Solon (lettre 2, n° 10) et celles de M. Coindet (lettre 2, n°s 15 et 23). Dans les deux premières, les malades ont éprouvé pendant très-long-temps des symptômes d'inflammation chronique de l'arachnoïde; et, en effet, cette membrane était épaissie, couverte de granulations. Dans les deux dernières, l'inflammation du cerveau a été précédée, pendant plusieurs mois, de symptômes d'hydrocéphale chronique, et l'épanchement de sérosité était considérable.

Ce sont probablement des observations analogues qui ont fait regarder les ramollissemens comme des maladies lentes. Vous savez que le docteur Abercrombie les appelle des inflammations chroniques. Vous voyez cependant que, sur quarante et un malades, vingt-deux sont morts dans le premier septénaire, et dix-neuf seulement dans les deux autres : certes, ce n'est pas ici la marche des maladies chroniques. Au reste, le docteur Abercrombie est sur ce point en opposition avec lui-même, puisqu'il a très-bien fait observer que, parmi les cas d'hydrocéphale aiguë qu'il a rapportés, ceux qui étaient accompagnés de ramollissement de la substance cérébrale des ventricules, ont présenté, dès le début, des symptômes plus graves,

ont eu une marche plus rapide que les autres ; puisqu'enfin il attribue cette acuité plus grande de la maladie à l'inflammation de la substance cérébrale.

Ne croyez pas cependant que je prétende que les ramollissemens du cerveau soient *toujours* dus à une inflammation aiguë : je sais trop que la vérité ne se trouve jamais tout entière dans les opinions exclusives. D'ailleurs, rien n'est plus difficile que d'établir une ligne de démarcation tranchée entre les inflammations aiguës et chroniques. Aussi vous ai-je fait remarquer quelques cas, rares à la vérité, dans lesquels les symptômes avaient suivi une marche lente et graduée, s'étaient montrés avec une apparente bénignité, qui ne s'accorde pas avec l'idée d'une inflammation aiguë. En comparant les ramollissemens du cerveau aux hépatisatious du poumon, je vous ai dit aussi que cette dernière altération était due tantôt à une inflammation aiguë, tantôt à une inflammation chronique, et qu'il en était de même des ramollissemens. Cependant, à en juger par le relevé précédent, la marche de la maladie est le plus souvent très-rapide, et alors elle est accompagnée de symptômes très-intenses; quelquefois elle dure plus long-temps et se développe lentement. Mais, dans l'un et l'autre cas, vous concevez également bien pourquoi ces ramollissemens contenaient si rarement du pus. Quand l'inflammation a été violente, la mort est arrivée promptement; quand les malades ont vécu plus long-temps, l'inflammation s'est développée lentement, et dans

les deux cas la suppuration n'a pas eu le temps de s'établir.

§. V. L'*âge* de la plupart de nos malades mérite aussi quelque attention. Le relevé des observations m'a donné le résultat suivant :

De 10 à 20 ans,	1.	L. I, n. 9.
De 20 à 30,	7.	L. I, n. 5. — L. II, n. 9, 10, 17, 1, 21 et 22.
De 30 à 40,	4.	L. I, n. 17. — L. II, n. 3, §. 4, et n. 20.
De 40 à 50,	4.	L. I, n. 19. — L. II, n. 8, 11 et 19.
De 50 à 60,	10.	L. I, n. 1, 7, 8, 13, 15, 16. — L. II, pages 101 et 104, n. 6, 14.
De 60 à 70,	6.	L. I, n. 2, 10, 12 et 14. — L. II, n. 13 et 15.
De 70 à 80,	5.	L. I, n. 3 et 11. — L. II, n. 1, 2, 7.
Au-delà de 80,	2.	L. II, n. 4, 8, §. 3.

Enfin, parmi ces malades, il en est dont l'âge n'est pas spécifié au juste, mais qui etaient très-vieux. (*Voy.* lettre 1re, n° 6, 18 et 20; lettre 2, n° 8, §. IV.)

Ainsi, sur quarante-trois, trente et un avaient plus de cinquante ans. Il faut encore ajouter que, chez la plupart de ceux de dix à quarante, l'inflammation du cerveau avait été précédée de percussion du crâne (lettre 1re, n° 9, lettre 2, n° 8), d'inflammation du plexus brachial (lettre 2, n° 3, §. IV), d'inflammation chronique de l'arachnoïde (lettre 2, n°s 9, 10 et 18). Ainsi nous pouvons dire que la plupart des individus chez lesquels la maladie s'est développée spontanément, étaient fort âgés.

Je pense bien que les médecins qui regardent les ramollissemens du cerveau comme une dégénérescence particulière, ne manqueront pas d'en tirer cette conséquence : « Puisqu'on n'observe principalement ces ramollissemens que chez les vieillards, c'est donc une maladie propre à la vieillesse; circonstance qui entraîne avec elle l'idée de faiblesse, d'asthénie, idée tout-à-fait opposée à celle d'inflammation. » Comme la vérité doit passer avant tout, j'ajouterai même à ce raisonnement spécieux que, dans les cas où nous avons trouvé du pus réuni en foyers, c'était chez des individus encore jeunes et robustes.

Mais nous n'avons trouvé que des ramollissemens semblables aux autres, accompagnés des mêmes symptômes chez ces malades, de dix-sept, vingt-trois, vingt-huit ans, dont l'affection avait été produite par cause externe, ou accompagnée d'inflammation de l'arachnoïde; et la différence des âges ne suffit pas pour détruire cette identité. D'un autre côté, la vieillesse et la faiblesse ne mettent pas à l'abri des inflammations; seulement alors elles sont moins violentes, moins rapides dans leur marche; les malades y résistent avec moins d'avantage. Mais pourquoi, à la suite de ces inflammations, trouve-t-on plutôt chez les vieillards des ramollissemens, soit avec injection sanguine, soit avec infiltration de pus, et chez les jeunes gens une suppuration évidente? C'est que, d'une part, l'inflammation marche moins rapidement vers la suppuration chez les vieillards, et que, de l'autre, ils succombent plus promptement, et cela, parce que leur con-

stitution est détériorée; en un mot, c'est parce qu'ils sont vieux. Les individus jeunes, robustes, sont exposés à des inflammations plus intenses, qui marchent avec plus de rapidité; mais ils résistent avec plus d'avantage, et succombent, sinon plus tard, au moins dans une période plus avancée de la maladie : voilà pourquoi l'on trouve plus souvent chez eux du pus réuni en foyers au milieu de la substance cérébrale ramollie, désorganisée. Cependant, lorsque l'inflammation, par sa violence, cause la mort dans les premiers jours, on trouve chez eux les mêmes altérations que chez ceux dont la maladie était moins aiguë, et qui ont vécu plus long-temps, parce que c'est, dans l'un comme dans l'autre cas, une inflammation qui n'a pu arriver jusqu'à produire un véritable abcès.

§. VI. Les *causes prédisposantes et déterminantes* des maladies sont en général très-difficiles à bien apprécier, et trop légèrement admises. Je ne m'arrêterai qu'à celles qui paraissent avoir agi d'une manière évidente. Deux de nos malades (lettre 1re, nos 12 et 13) avaient un anévrisme du cœur, avec épaississement du ventricule gauche, dont la cause était un obstacle à la circulation, situé au-delà de l'origine des artères carotides, condition indispensable, comme nous l'avons vu (note de la page 44), pour que l'augmentation d'énergie du ventricule gauche puisse avoir de l'influence sur le cerveau. L'une de ces deux malades, quoique grêle, et d'une maigreur extrême, était habituellement sujette à de fortes et brusques congestions cérébrales, dont plusieurs furent assez violentes pour simuler de

véritables attaques d'apoplexie. Ce sont probablement des observations analogues qui ont fait dire que les individus gros, courts, pléthoriques, etc., n'étaient pas toujours ceux qui avaient une disposition plus marquée aux apoplexies. On ne soupçonne pas ordinairement pendant la vie l'existence des hypersarcoses, sans rétrécissement de l'orifice aortique, parce qu'ils ne sont pas accompagnés des symptômes ordinaires des anévrismes du cœur. La seconde malade, au contraire, était forte, pléthorique, et d'une constitution qu'on peut regarder comme le type de celles qu'on a appelées *apoplectiques*. La menstruation était peu abondante, et s'établissait difficilement. C'est peut-être cette difficulté de la menstruation qui était la cause première de cet état pléthorique habituel, et du développement anévrismatique de l'aorte et du cœur ; car cette femme n'avait jamais était bien réglée, et c'était au retour des époques menstruelles qu'elle éprouvait les vertiges et les étourdissemens les plus forts. A la fin, tout ce qu'elle voyait lui paraissait coloré en rouge ; elle n'osait plus se baisser dans la crainte de tomber. Elle avait eu même une espèce d'attaque d'apoplexie. Aucun autre malade n'a éprouvé des symptômes précurseurs aussi prononcés et pendant aussi longtemps; mais aucun n'a réuni en même temps autant de causes prédisposantes d'affection cérébrale. Remarquez que ces symptômes précurseurs étaient ceux des apoplexies. Vous ne devez pas en être surpris après les rapports que vous avez vus exister entre

les ramollissemens avec injection sanguine et les apoplexies. (*Voy.* lettre 1re, n° 22, §. XVI et suivans.) Au reste, ce n'est pas seulement aux congestions cérébrales que sont exposés les individus affectés d'anévrisme du cœur sans rétrécissement. Ils ont une disposition particulière aux hémorrhagies et aux inflammations qui contrastent quelquefois singulièrement avec leur constitution grêle et décolorée ; on est aussi surpris des heureux effets que produisent chez eux les évacuations sanguines.

Quatre autres avaient une constitution apoplectique bien caractérisée (lettre 1re, n° 16, lettre 2 , n°s 1, 2 et 7); et ce qui est fort remarquable, ils ont éprouvé des éblouissemens, des étourdissemens, et même des congestions assez fortes pour simuler des attaques d'apoplexie. Chez tous, l'invasion de la maladie a été brusque et foudroyante comme dans l'apoplexie. D'autres étaient d'un tempérament sanguin bilieux (lettre 1re, n°s 10 et 15), sanguin nerveux (lettre 2 , n° 8.) Le prêtre dont parle Morgagni (lettre 1re, n° 19) avait une constitution grêle, mais une figure très-rubiconde. Il est assez remarquable que chez les malades d'une constitution molle et lymphatique, l'inflammation du cerveau ait été précédée d'inflammation chronique de l'arachnoïde. (*Voy.* lettre 1re, n° 8; lettre 2 , n°s 9, 10 et 18.)

Chez plusieurs, l'invasion de la maladie a été précédée de la suppression de quelque évacuation sanguine habituelle. L'un (n° 10, lettre 1re) avait des hémorroïdes, qui coulèrent moins que de coutume ,

et il tomba dans un état d'apoplexie, etc. La malade n° 10, lettre 2, eut une suppression de règles après ses couches. (*Voy.* aussi la malade n° 13.)

Les affections morales tristes paraissent avoir une grande influence sur le développement des affections cérébrales. La femme Vailbian, n° 8, let. 1re, après avoir essuyé beaucoup de chagrins domestiques, perdit son mari, etc., et eut d'abord une inflammation chronique de l'arachnoïde. La malade du n° 19, let. 2, se trouva absolument dans les mêmes circonstances. Les trois jeunes filles dont nous avons parlé (let. 2, nos 9, 10 et 17), ont éprouvé les anxiétés inséparables d'une grossesse illicite. Les deux premières ont eu aussi une inflammation chronique de l'arachnoïde. Le malade, n° 19, let. 1re, quoique joyeux en apparence, était tourmenté par des chagrins qu'il dissimulait. Je suis convaincu que les affections morales sont bien plus souvent qu'on ne pense la cause des maladies cérébrales; mais une foule de circonstances s'opposent à ce que nous connaissions toute la vérité.

Plusieurs de nos malades faisaient un usage immodéré de boissons fermentées (let. 2, n° 7, et n° 14).

Nous ne connaîtrons non plus jamais au juste quelle est l'influence de cette habitude pernicieuse sur la production des affections cérébrales, parce que les individus qui abusent des liqueurs fortes, les femmes principalement, cherchent à dissimuler cette funeste passion.

Vous voyez que le nombre des cas dans lesquels nous avons pu reconnaître d'une manière évidente l'influence de causes prédisposantes, est fort restreint, et que ces causes sont précisément les mêmes que celles qui prédisposent aux apoplexies, ou aux inflammations en général.

Quant aux causes déterminantes, après l'action directe des agens extérieurs sur le crâne, et par suite sur le cerveau, il n'y en a peut-être pas de plus manifeste que la congestion cérébrale, produite par les efforts de vomissemens : mais nous y reviendrons en parlant du traitement. Nous savions que l'affection des nerfs avait une grande influence sur le cerveau; mais aucune observation n'a mis, je crois, cette vérité aussi bien en évidence que l'observation n° 3, §. IV, dans laquelle l'inflammation d'une partie du plexus brachial *droit* a été suivie d'inflammation et de suppuration de la partie postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau. Ce fait n'est pas moins intéressant pour la physiologie que pour la pathologie.

§. VII. *Symptômes.* On peut bien en théorie envisager les maladies dans leur état de simplicité, les étudier isolément; mais dans la pratique, rien n'est plus difficile à rencontrer qu'une maladie exempte de toute complication. Aussi, parmi les observations recueillies avec soin que vous avez lues, en est-il très-peu dans lesquelles l'affection du cerveau n'ait été accompagnée de quelque autre plus ou moins grave. De là, des

symptômes particuliers, qu'il est important de ne pas attribuer à l'affection cérébrale. Lorsque deux ou plusieurs maladies existent en même temps, il n'en résulte pas seulement un mélange des symptômes propres à chacune ; mais l'influence qu'elles exercent réciproquement l'une sur l'autre, change quelquefois leur physionomie, au point de les rendre méconnaissables. Cherchons donc à distinguer parmi les symptômes observés ceux qui dépendent de l'inflammation du cerveau, de ceux qui étaient produits par quelque complication. Étudions l'influence des affections de cet organe sur celles des autres viscères.

§. VIII. La respiration ne paraît pas sensiblement influencée par les maladies du cerveau. Vous avez vu qu'elle était ordinairement calme, souvent lente et toujours régulière. Dans beaucoup d'observations, il n'en est pas question. Mais vous avez dû remarquer aussi que dans le plus grand nombre des cas, la veille ou le jour de la mort, la respiration, jusqu'alors libre, s'est embarrassée, est devenue pénible, précipitée, enfin stertoreuse. C'est ce dont vous pourrez vous convaincre en parcourant les observations de la lettre première, n°s 2, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 14; celles de la lettre 2, n°s 2, 7, 9, 10, 18, et l'observation B., pag. 104. Dans les autres, la respiration paraît avoir été facile jusqu'à la fin.

La malade du n° 11, let. 1re, éprouvait à la vérité, par accès, une grande difficulté dans l'inspiration, avec

menace de suffocation; mais cette espèce de strangulation commençait et cessait avec les contractions convulsives des muscles de la face et du cou. Il est évident par conséquent qu'elle était due à un état analogue des muscles du larynx.

La malade du n° 8, lettre 1re, avait la respiration difficile; mais, comme la poitrine n'a pas été ouverte, nous ne savons pas si la plèvre et le poumon étaient sains.

Il est clair, d'après cela, que les inflammations du cerveau n'influent pas, au moins d'une manière prompte, sur les mouvemens de la respiration, même dans les cas où les deux côtés du corps sont paralysés. Nous aurons occasion de faire la même observation en parlant des apoplexies. J'en ai déjà fait mention dans ma thèse, en examinant les fonctions des différentes parties du système nerveux. (Observations pathologiques propres à éclairer quelques points de physiologie.) Si les muscles de la respiration ne participent pas au moins pendant fort long-temps à la paralysie de ceux des membres, c'est certainement parce qu'ils ne reçoivent pas tous leurs nerfs de le moelle épinière. En effet, chaque nerf intercostal reçoit directement un ou plusieurs rameaux nerveux des ganglions dorsaux du grand sympathique; et le diaphragme reçoit du plexus coronaire des rameaux qui accompagnent les artères diaphragmatiques. C'est aussi parce que les muscles de la respiration reçoivent une partie de leurs nerfs du système nerveux des ganglions, qu'ils sont en partie soustraits à l'empire de la volonté.

En supposant que vous n'admettiez pas cette explication anatomique, le fait est incontestable; et puisque vous avez vu, par la longue série d'observations auxquelles je vous ai renvoyé, que la respiration n'a commencé à s'embarrasser que la veille ou le jour de la mort, vous devez en conclure que ce symptôme est un des plus fâcheux qu'on puisse observer dans les affections cérébrales, et qu'il annonce une mort prochaine.

§. IX. La circulation ne paraît pas non plus sensiblement influencée par l'inflammation du cerveau. Les altérations du pouls que nous avons remarquées dans beaucoup de cas, dépendaient de quelque autre cause, comme il est facile de le démontrer.

La malade du n° 8, lettre 1re, avait le pouls irrégulier, intermittent après trois pulsations; mais la respiration était extrêmement difficile et l'on n'a pas ouvert le poitrine. Anne Benoist, lettre 1re, n° 13, avait le pouls *très faible* et d'une irrégularité inexprimable. Les battemens du cœur étaient aussi irréguliers, mais d'une étendue et d'une énergie qui contrastaient avec l'extrême faiblesse du pouls. Elle avait un anévrisme du cœur et de l'aorte, avec rétrécissement de l'origine des artères sous-clavières. Chez tous les autres malades, excepté celui du n° 6, lettre 2, le trouble de la circulation était un symptôme fébrile, et chez celui-là c'était le cervelet qui était affecté.

Ici se présente une question assez importante : dans les cas assez rares où les malades ont eu de la fièvre,

était-elle produite par l'affection du cerveau, par celle de quelque autre organe, ou bien était-elle essentielle ?

La rareté de la fièvre, dans les observations que nous avons rapportées, peut déjà vous faire présumer qu'elle était indépendante de la maladie du cerveau. Mais cela ne suffit pas, il faut examiner les différens cas dans lesquels on l'a observée.

La malade du n°12, lettre 1re, est entrée à l'hôpital sans fièvre. Après l'administration de deux émétiques, d'un purgatif et des toniques sous toutes les formes, le pouls devint *fréquent*, *concentré, la langue rouge*, *la peau brûlante*, etc.; à l'ouverture du corps, *estomac fort rétréci*, *plissé sur lui-même*, *très-rouge..... Même altération des intestins grêles.*

La femme Mouton (lettre 1re, n° 7) avait le pouls *petit*, *faible*, *assez fréquent*, *variable d'un instant à l'autre.* A l'ouverture du corps, *estomac d'un rouge noirâtre dans les deux tiers de son étendue du côté du pylore*, *plissé sur lui-même et granuleux à sa surface muqueuse.*

Madame Chabrol (observ. A, page 101), ayant eu l'imprudence de manger après avoir pris des pilules purgatives, éprouva des vomissemens suivis de l'exaspération des symptômes cérébraux ; et, ce qui est très-remarquable, *pour la première fois*, *le pouls devint fréquent.* Cependant le ventre était *souple et indolent.* Autop. cadav. : *membrane muqueuse de l'estomac couverte de larges plaques ecchymosées*, *d'un rouge vif surtout vers l'orifice œsophagien.*

La malade du n° 9, lettre 2e, avait tous les soirs une exacerbation fébrile. Après la mort, nous avons trouvé, outre une péritonite chronique, une inflammation légère de l'estomac et des ulcérations dans les intestins grêles.

La malade du n° 19, lettre 2e, avait le pouls très-irrégulier, l'abdomen sensible à la pression, la langue sèche, etc., et une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. La femme Berthur (let. 1re, n° 14), qui succomba avec tous les symptômes d'une fièvre adynamique, a présenté de même des traces d'une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Chez Jacoba Zanardi (lettre 1re, n° 1) *à la paralysie se joignit*, dit Morgagni, *une grande fièvre*, dont il ne décrit pas les symptômes. La vessie était distendue par de l'urine ; sa face interne était parsemée de points rouges comme du sang. La membrane muqueuse de l'urètre était très-injectée, surtout vers l'orifice postérieur, où ses vaisseaux étaient si distendus, qu'elle était noirâtre ; en sorte qu'il était facile de voir que ces parties avaient non-seulement été enflammées, mais encore étaient sur le point de tomber en gangrène, *ut facilè intelligeres ea loca non modo inflammata, sed gangrenæ jàm proxima.* (Morgagni, epist. 6, n° 5.)

M. Dan de la Vauterie, dans l'observ. n° 2, let. 1re, parle des symptômes de *fièvre ataxique* ; mais il ne veut certainement pas indiquer, par ces expressions, un état fébrile, puisqu'il ajoute que le pouls était *naturel*.

Le même auteur, dans l'observation n° 10, let. 1re ;

le docteur Abercrombie, dans celle du n° 5, même lettre; Jean Bauhin, n° 1, §. V, lettre 2, et Phil. Salmuth, n° 4, §. IV, parlent aussi de fièvre; mais sans en décrire les symptômes; et, ce qu'il y a de plus fâcheux, ils n'ont examiné que le cerveau. Que peut-on conclure de ces quatre observations, dans lesquelles les symptômes n'ont pas été décrits, ni les médicamens indiqués, et où les viscères thoraciques et abdominaux n'ont pas été examinés? Absolument rien. Morgagni l'a dit, *observationes non numerandæ sunt, sed perpendendæ*. Les faits tronqués sont rarement de quelque utilité: ils peuvent être fort nuisibles; c'est sur eux que prennent racine toutes les vieilles erreurs. Lorsqu'ils sont en opposition avec un grand nombre d'autres qui ont été décrits avec une attention scrupuleuse par des observateurs différens, on peut, sans être accusé de prévention, n'en pas tenir compte. Je crois donc que, malgré ces quatre observations, vous pouvez admettre que les inflammations du cerveau n'ont pas d'influence directe sur la circulation; que la fièvre, quand il en existe, est indépendante de l'affection cérébrale. Dans les observations dont je viens de vous citer textuellement les passages, elle était évidemment due à l'inflammation de la membrane muqueuse, de l'estomac, des intestins ou de la vessie.

§. X. C'est ici le lieu d'examiner quelle est l'influence des affections cérébrales sur le développement des symptômes des maladies qui peuvent exister simultanément.

Il ne paraît pas que la malade de Morgagni ait

offert le moindre symptôme qui ait pu faire soupçonner l'inflammation violente qui existait dans la vessie et l'urètre. Celle de M. Cruveilhier (page 101) avait le ventre souple et indolent, quoique l'estomac fût très-enflammé. Dans les observations nos 7, 12 et 14, lettre 1re, nos 9 et 19, lettre 2, il n'est pas question de sensibilité du ventre, quoiqu'il existât une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les malades nos 9 et 10, lettre 2, quoique affectées de péritonite chronique, avaient l'abdomen à peine sensible. Celle du no 18, lettre 2, qui avait une pleurésie chronique, a vu cesser ses douleurs dès le moment que l'inflammation de l'arachnoïde est devenue très-intense. Celle du no 11, lettre 2, avait une double pleuro-pneumonie, qui n'a été apparente par aucun symptôme extérieur. Enfin celle du no 19, lettre 2, avait une gastrite : l'abdomen était tantôt indolent, tantôt douloureux ; et les symptômes cérébraux n'ont pas offert moins d'inconstance. A cette occasion, je vous ai dit que cette différence dans la sensibilité de l'abdomen avait tenu à l'état du cerveau dans le moment où l'on examinait la malade; et cette assertion est confirmée par les faits que je viens de vous rappeler. Ils vous prouvent que toutes les fois que les fonctions du cerveau sont troublées, et qu'il existe en même temps une inflammation dans un autre organe, la perception de la douleur produite par cette inflammation diminue, et même cesse entièrement.

Hippocrate avait déjà fait cette remarque, car il dit quelque part, lorsqu'un individu souffre

et ne se plaint pas, le cerveau est malade, *mens ægrotat.* Ce grand homme avait aussi constaté que, lorsqu'un travail s'opère en même temps dans deux organes différens, le plus énergique affaiblit l'autre; et il a exprimé cette vérité de la manière la plus exacte dans l'aphorisme 46, livre 2, qu'on a traduit par *duobus doloribus simul obortis*, etc. Je crois avoir démontré (thèse citée) que cette traduction tronquait la pensée d'Hippocrate; et je suis confirmé dans cette opinion par les faits relatifs aux affections du cerveau. Ce n'est pas parce que la douleur de tête est plus forte, que celles du ventre, de la poitrine, etc., disparaissent; car souvent il n'existe pas de céphalalgie. Ce n'est pas non plus parce que l'inflammation est plus forte, puisqu'un épanchement séreux ou sanguin peut produire le même effet : c'est parce que la douleur étant le résultat d'une sensation perçue par le cerveau, tout ce qui peut altérer ses fonctions fait disparaître ce symptôme de l'inflammation. Mais si cette dernière est grave, elle n'est point entravée dans son développement par l'affection cérébrale; tous les autres phénomènes persistent, parce qu'ils ne sont pas, comme la sensibilité, sous l'empire du cerveau : la maladie parcourt ses périodes d'une manière d'autant plus dangereuse, qu'elle est plus difficile à reconnaître; c'est elle qui cause la mort qu'on attribue ordinairement à l'affection du cerveau. Si l'on fait l'ouverture du corps avec quelque attention, on est surpris de trouver si peu de rapport entre les symptômes observés pendant la vie et les altérations morbides; et

ce mécompte jette de la défaveur sur la médecine et sur l'anatomie pathologique en particulier.

Il est donc de la plus grande importance, toutes les fois qu'on observe quelque symptôme qui indique une altération dans les fonctions du cerveau, de ne pas s'en laisser imposer par l'absence de la douleur. Il faut alors interroger avec d'autant plus d'attention les autres phénomènes, qu'étant indépendans de la sensibilité et de la volonté, ils ne varient pas. Ainsi, dans une pleurésie, une pneumonie, le malade peut ne pas éprouver de douleur dans la poitrine ; mais la respiration est plus ou moins gênée ; la percussion et l'auscultation médiate produisent toujours les mêmes phénomènes dans les mêmes circonstances. Ainsi, quoiqu'un malade ait l'abdomen souple, et ne manifeste aucune douleur, quand on comprime les régions épigastrique, ombilicale, iliaques droite et gauche, si la peau est brûlante et sèche, si la langue est rouge, le pouls fréquent, etc., vous reconnaîtrez, malgré l'absence de la sensibilité et de la contraction des muscles abdominaux, une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; si à ces symptômes se joint du dévoiement, vous jugerez que l'inflammation a son siége vers la valvule iléo-cœcale ou dans le gros intestin. Ces symptômes *propres* sont d'autant plus précieux, que, par une sorte de compensation assez bizarre, si les altérations du cerveau masquent, pour ainsi dire, certaines inflammations de l'estomac, en faisant disparaître la douleur, il arrive très-souvent aussi que certaines affections

cérébrales produisent sympathiquement des nausées, des vomissemens opiniâtres, qu'on pourrait regarder comme des symptômes d'une inflammation de l'estomac; mais alors la peau est fraîche, la langue blanche et humide, le pouls naturel; circonstances que j'ai eu soin de vous faire remarquer chez la femme Léger (lettre 2, n° 18). Aussi, après la mort, nous n'avons trouvé aucune rougeur dans l'estomac et les intestins, aucune altération du péritoine.

Ces considérations sur la perception de la douleur s'appliquent à toutes les inflammations compliquées d'affection cérébrale, ainsi que vous l'avez vu par les observations précédentes.

C'est encore à la diminution de la sensibilité qu'il faut attribuer la distension de la vessie, et l'inflammation de sa membrane muqueuse qu'on observe si fréquemment dans les maladies du cerveau, et des méninges, qui sont accompagnées de stupeur, de somnolence, etc. Le malade ne fait aucun effort pour expulser l'urine contenue dans sa vessie, parce qu'il ne perçoit pas l'impression qu'elle fait sur la membrane muqueuse : elle s'y accumule par conséquent, et distend ses parois tant qu'elles peuvent prêter; alors l'urine éprouvant plus de difficulté à les distendre d'avantage qu'à franchir le col de la vessie et l'urètre, s'écoule au dehors, dans la même proportion et avec la même vitesse qu'elle est sécrétée par les reins et apportée par les uretères, c'est-à-dire goutte à goutte; et comme les malades sont habituellement mouillés par l'urine, on soupçonne plu-

tôt une incontinence produite par la paralysie des sphincters, que l'espèce de rétention dont nous parlons.

Il résulte de ce séjour prolongé d'une grande quantité d'urine dans la vessie, qu'une partie est absorbée, comme le prouve l'odeur urineuse qu'acquiert souvent la transpiration; elle s'y décompose en partie, comme le démontre son odeur fétide, et la prompte altération des sondes d'argent qu'on retire de la vessie violacées, noirâtres, en un mot combinées avec de l'hydrogène sulfuré. Après la mort, on trouve la membrane muqueuse de la vessie injectée, couverte de plaques ou de points comme sanguinolens : souvent le fond de la vessie est plein de mucosités purulentes. La fréquence de ces inflammations, les circonstances qui les accompagnent, ne me permettent pas de croire qu'elles soient purement accidentelles; il est infiniment probable qu'elles sont dues à l'impression prolongée d'une urine déjà en partie décomposée (Voy. l'Obs. n° 1, let. 1re).

De quelque manière que vous expliquiez cette coïncidence remarquable, il est bien certain que cette rétention d'urine aggrave singulièrement la maladie par l'absorption qui s'opère, et que l'inflammation de la vessie n'est pas un accident moins fâcheux. Il ne faut donc jamais négliger dans les affections cérébrales d'explorer l'hypogastre, pour s'assurer si la vessie n'est pas distendue, surtout dans les cas où l'on prétend que le malade a une incon-

tinence d'urine. C'est probablement à cette complication qu'était due l'odeur de souris qu'exhalaient les malades des nos 6 et 14, let. 1re. Je suis d'autant plus porté à le croire, que j'ai remarqué la même odeur chez plusieurs malades affectés de maladie des voies urinaires.

C'est encore au défaut de perception des sensations qu'il faut attribuer la difficulté des vomissemens, toutes les fois que le cerveau est gravement affecté, comme dans les apoplexies et les *ramollissemens.* En effet, le vomissement n'est pas un acte entièrement involontaire; l'estomac a besoin d'être aidé, dans ses efforts, par le diaphragme et les muscles abdominaux. Leur action doit être simultanée, et pour cela, il faut l'influence du cerveau. Mais comme l'émétique, lorsqu'il n'est pas vomi, produit, par son séjour dans l'estomac, une irritation de la membrane muqueuse, il s'ensuit que dans ce cas l'affection du cerveau influe indirectement sur le développement de l'inflammation, ainsi que nous le verrons bientôt. Il est probable que la constipation opiniâtre que nous avons observée chez plusieurs malades, dépendait aussi en partie de l'état du cerveau, car la défécation exige aussi le concours de la volonté.

§. XI. Les *sympiômes précurseurs* des ramollissemens du cerveau seraient d'autant plus importans à connaître, que la maladie, arrivée à un certain degré, est presque toujours mortelle. Mais ils sont fort obscurs, comme tous les *prodromes* de maladies.

Voyons toutefois ce que les faits nous apprennent à cet égard.

Beaucoup d'observations manquent de renseignemens sur les circonstances qui ont précédé l'invasion de la maladie. Dans d'autres, il paraît qu'elle a été subite (voy. let. 1re, n° 6, et 14, let. 2, n° 1, §. IV et V, et n° 6). Il est possible cependant que les malades aient éprouvé quelques avant-coureurs dont ils n'ont pas tenu compte. Beaucoup ont éprouvé pendant long-temps des congestions cérébrales, brusques, fortes et fréquentes, accompagnées d'étourdissemens (let. 1re, n° 16; let. 2 n° 7), d'obscurcissement de la vue, de faiblesse, d'engourdissement d'un côté du corps (let. 1re, n° 12), de tintemens d'oreille, de pesanteurs de tête avec embarras dans la parole, fourmillemens dans les membres (let. 2, nos 7, 11 et 12), d'illusions d'optique avec coloration des objets en rouge (let. 1re, n° 13). Chez plusieurs, ces congestions cérébrales ont même été si fortes, qu'on a pensé qu'ils avaient eu de véritables attaques d'apoplexie (let. 1re, nos 12 et 13; let. 2, n° 7). Il est digne de remarque que les malades qui ont éprouvé les congestions cérébrales les plus fortes et les plus fréquentes, étaient précisément ceux qui avaient un anévrisme du cœur, ensuite ceux qui avaient une constitution apoplectique bien caractérisée, et qu'enfin les autres avaient un tempérament sanguin, sanguin-bilieux, ou sanguin-nerveux. Chez plusieurs malades, l'invasion de la maladie a été précédée

d'une altération remarquable dans les fonctions intellectuelles. Les uns, quoique très âgés, étaient devenus impatiens, inquiets, moroses, irrascibles (let. 1re, nos 4 et 19). Marchetti (let. 2, no 4) était tombé dans une mélancolie ombrageuse. La malade du no 9, let. 2, avait le moral très exalté. Le maître vidangeur dont parle Morgagni (let. 2, no 14), a éprouve tout à coup une terreur panique, les illusions d'optique les plus singulières, puis immédiatement après des convulsions, etc.

Plusieurs de nos malades ont éprouvé, peu de temps avant l'invasion de la maladie, des douleurs de tête, tantôt vagues (let. 1re, no 17), tantôt fixes, gravatives et accompagnées de vertiges (let. 1re, no 10); tantôt violentes, accompagnées de convulsions et d'une grande sensibilité de la rétine (let. 1re, no 5), ou bien de faiblesse et de douleurs dans les membres (let. 1re, no 9). D'autres ont éprouvé pendant un an, deux ans, et même trente ans, des migraines, des douleurs fixes ou vagues, continues ou intermittentes, avec somnolence, stupeur, etc. Mais chez ces derniers malades, nous avons trouvé une inflammation chronique de l'arachnoïde (let. 1re, no 8; lettre 2, page 101, nos 10 et 15), ou une ulcération de la dure-mère (lettre 2, no 5), qui expliquent parfaitement l'ancienneté et la persévérance de la céphalalgie. Il ne faut donc pas confondre la céphalalgie qui débute tout à coup, précède de peu de temps l'invasion de la maladie du cerveau, qui même est déjà accompagnée de quelques-uns des

symptômes qui lui sont propres, comme l'engourdissement ou la douleur des membres, avec celle qui se développe lentement, disparaît pour revenir ensuite, et dure pendant des années. Cette dernière dépend de quelque affection chronique du cerveau, ou, ce qui est plus commun, de l'arachnoïde. Sans cette distinction, on attribuerait ces symptômes au *ramollissement* du cerveau, qu'on regarderait alors comme une maladie chronique. Malheureusement on n'a pas encore étudié convenablement les inflammations chroniques de l'arachnoïde; on n'a pas fait assez d'attention aux altérations de cette membrane : elles sont peut-être aussi peu connues que les ramollissemens du cerveau. Plusieurs de nos malades ont éprouvé pendant plus ou moins de temps des symptômes épileptiques, des mouvemens convulsifs, de l'embarras dans la parole, un affaiblissement de la vue, des engourdissemens, des fourmillemens, de la douleur dans les membres. Mais ces symptômes doivent être rapprochés de ceux qui caractérisent la maladie.

Vous voyez qu'on peut réduire les symptômes précurseurs des inflammations du cerveau, aux congestions cérébrales plus ou moins fortes, plus ou moins fréquentes, à une exaltation des facultés intellectuelles, et à la céphalalgie, qui toutes annoncent une fluxion plus active de sang vers le cerveau. Ces symptômes peuvent, à la vérité, précéder une apoplexie ou une inflammation de l'arachnoïde. Mais l'erreur est ici sans

conséquence, puisque l'indication à remplir est la même.

§. XII. Les symptômes d'inflammation du cerveau, que nous avons observés, peuvent tous être rapportés à deux états opposés : celui de spasme ou d'irritation, et celui de paralysie ou d'affaissement. Nous allons les examiner successivement, pour voir en quoi ceux de l'inflammation du cerveau ressemblent à ceux de l'apoplexie et de l'inflammation de l'arachnoïde, en quoi ils en diffèrent.

La céphalalgie est, comme nous l'avons vu, un des symptômes précurseurs les plus constans. Elle persiste encore pendant la première période de la maladie ; mais elle semble diminuer et disparaître même entièrement à mesure que les malades tombent dans l'assoupissement, perdent connaissance, etc., parce que l'altération du cerveau ne lui permet plus de percevoir les sensations, ou parce que le malade ne peut les manifester au dehors. C'est ce dont vous pourrez vous convaincre en parcourant les observations de la lettre première, nos 5, 8, 9, 10, 17, 18 et 19; et celles de la seconde, p. 101, nos 5 et 15.

Vous concevrez aussi pourquoi les individus affectés d'inflammation chronique de l'arachnoïde ou d'ulcération de la dure-mère, ont éprouvé pendant si long-temps des douleurs de tête si violentes ; pourquoi ils ont cessé de s'en plaindre, dès le moment où le cerveau a été gravement compromis. C'est sans doute aussi pour la même raison que, dans un assez

grand nombre d'observations, il n'est pas question de céphalalgie, les malades n'ayant pu être observés qu'à une époque déjà assez avancée de la maladie. Vous remarquerez aussi que, quand la maladie a marché d'une manière intermittente, ce n'était que dans les momens de rémission que la céphalalgie était manifeste.

Ainsi, par exemple, la malade du n° 6, let. 1re, « ordinairement assoupie, semblait cependant se réveiller de temps en temps; alors elle poussait quelques cris, recouvrait la connaissance, tirait sa langue, etc. Interrogée sur l'endroit où elle souffrait, elle cherchait à porter la main *droite* au côté *droit* de la tête. » C'était donc seulement dans les momens lucides qu'elle percevait et manifestait la douleur. La malade du n° 7, let. 2, a éprouvé des accès de céphalalgie qui ont été aussi variables que les autres symptômes. Du douzième au dix-huitième jour, elle parut guérie; « cependant elle se plaignait toujours de vives douleurs vers les tempes »; le dix-septième, augmentation de la céphalalgie; le dix-huitième, coma profond, et depuis lors, plus de céphalalgie. L'observation du n° 14, let. 2, est encore plus remarquable: le malade avait perdu la parole et conservé l'intelligence; il indiquait du geste une violente douleur de tête, et la maladie était bornée à la voûte à trois piliers et à la moelle allongée. Vous voyez qu'il en est de la céphalalgie comme de la douleur dans les complications de pleurésie, pneumonie, péritonite, gas-

16.

tro-entérite, cystite, etc., dont nous avons parlé. Pour qu'elle se manifeste, il faut qu'elle puisse être perçue, et que le malade puisse exprimer les sensations qu'il éprouve. Cependant quelquefois, quoiqu'il semble plongé dans un état de somnolence, il porte habituellement la main qui est libre vers la tête, et ordinairement vers le côté de la tête qui correspond au côté du corps non paralysé. (*Voy.* let. 1re, n° 12.) Cela est d'autant plus important à noter, que la maladie occupant le côté du cerveau opposé à la paralysie, correspond, par conséquent, au côté sain du corps. Mais, à mesure que l'altération du cerveau fait des progrès, les signes de douleur disparaissent. La céphalalgie n'est donc pas un symptôme aussi fâcheux que la stupeur, le coma, la perte de l'intelligence, etc. Cependant, quelle que soit l'amélioration des autres symptômes, tant qu'elle persiste, le médecin doit être sur ses gardes; parce qu'après une rémission de presque tous les accidens, il n'est pas rare de voir le malade mourir tout à coup.

Autant la céphalalgie est fréquente dans les inflammations du cerveau (elle le paraîtrait encore davantage si nous pouvions toujours observer la maladie dès son début), autant elle est rare dans les apoplexies; et cela est tout simple : au moment où le sang s'épanche dans la substance cérébrale, il la désorganise, la comprime, et la prive de toutes ses fonctions, pour peu que l'épanchement soit considérable; au lieu que dans l'inflammation, l'altération du cerveau

s'opère d'une manière lente et graduée. La désorganisation n'est pas instantanée comme dans l'apoplexie. C'est donc un signe qui peut aider à distinguer les hémorrhagies des inflammations du cerveau.

§. XIII. Les fonctions intellectuelles sont ordinairement troublées dans les inflammations du cerveau. En parlant des symptômes précurseurs, je vous ai cité plusieurs observations, dans lesquelles les malades avaient montré pendant quelque temps de l'exaltation dans les idées, de l'irascibilité. Mais ces symptômes ont disparu dès que les mouvemens convulsifs et la paralysie se sont montrés. Vous avez dû remarquer aussi que dans un si grand nombre d'observations, il est à peine question de délire. La malade du n° 10, let. 2, a bien éprouvé un délire sourd; mais vous remarquerez qu'elle avait une inflammation chronique de l'arachnoïde, passée à l'état aigu, que les symptômes de ramollissemens ne se sont montrés que dans les derniers jours, et qu'enfin c'était la protubérance annulaire qui était malade. Dans les observations n. 1, §. IV, et n. 5 de la let. 2, il est question de phrénésie; mais chez le premier malade il existait une suppuration de l'arachnoïde, *ei inventa est meninx purulenta*; et chez le second, une ulcération de la dure-mère. Dans les autres observations, les fonctions intellectuelles étaient plutôt diminuées ou anéanties qu'exaltées. On regarde généralement le délire comme un symptôme des inflammations du cerveau : son absence pourrait vous faire douter de la nature inflammatoire des ramollisse-

mens. Mais c'est au contraire une raison de plus pour adopter cette opinion, car on s'est complétement trompé à cet égard. Il me sera facile de vous prouver jusqu'à l'évidence qu'on n'observe *jamais* le délire dans les *inflammations* du cerveau, exemptes de complication, que ce symptôme appartient *spécialement* aux inflammations de l'arachnoïde; qu'on a été induit en erreur par les cas très-nombreux dans lesquels l'affection de l'arachnoïde avait précédé celle du cerveau. Je conviens qu'il semblait naturel d'attribuer le délire à l'inflammation du cerveau plutôt qu'à celle de l'arachnoïde; mais, je le répète, on n'était pas moins dans l'erreur.

Ne croyez pas pour cela que je regarde l'arachnoïde comme le *siége* du délire; tout symptôme est l'altération d'une fonction, et ne peut être produit que par l'organe qui exécute cette fonction : mais je vous ai déjà dit que les affections de l'arachnoïde influaient sur les fonctions du cerveau, de la même manière que les affections de la plèvre influent sur les fonctions du poumon. Il est impossible que l'arachnoïde soit enflammée, sans que la surface du cerveau, qui est en contact avec elle, en soit affectée; mais son tissu n'en étant point altéré, il résulte seulement de ce voisinage de l'exaltation, du trouble dans son action. Quand, au contraire, l'inflammation a son siége dans la substance même du cerveau, la congestion est trop violente, son tissu en est trop promptement altéré, pour qu'il puisse conti-

nuer d'agir. Il y a paralysie des fonctions intellectuelles comme paralysie des mouvemens volontaires ; et ces deux symptômes se suivent d'une manière régulière, sauf quelques exceptions, dont la cause est palpable, comme vous allez le voir. Ceci vous explique pourquoi les recherches d'anatomie pathologique, faites sur les cerveaux des aliénés, ont été jusqu'à présent si peu fructueuses ; pourquoi ceux, en général, chez lesquels on a trouvé des altérations de cet organe, étaient morts dans un état de démence, de stupidité. Je ne puis trop le répéter, jusqu'à présent on n'a pas attaché assez d'importance aux altérations de l'arachnoïde; on n'a pas assez tenu compte de son épaississement, de son opacité, des granulations développées à sa surface (1).

Chez presque tous les malades dont je vous ai rapporté les observations, lorsque les membres étaient complétement paralysés, les fonctions intellectuelles étaient comme engourdies; les réponses lentes, tardives, embarrassées, souvent contradictoires; la mémoire était chancelante ou entièrement abolie ; la figure avait perdu toute expression, et portait l'empreinte de la stupeur.

Je vous ai dit que l'intelligence s'affaiblissait dans

---

(1) M. le professeur Royer-Collard, médecin à l'hospice de Charenton, m'a confirmé dans cette opinion, en m'apprenant, il y a quelques jours, que, chez presque tous les aliénés qu'il avait ouverts depuis plusieurs années, il avait remarqué ces mêmes altérations de l'arachnoïde.

la même proportion que la paralysie des membres augmentait. Cependant le malade du n° 6, lettre 2, après une espèce d'attaque d'apoplexie, recouvra presque aussitôt sa connaissance, et la conserva pleine et entière jusqu'à la fin. La maladie avait son siége dans le cervelet. Il est fâcheux que, dans l'observation précédente (n° 5), où la maladie était également bornée au cervelet, Paaw ne parle pas de l'état des fonctions intellectuelles. Le malade du n° 11, let. 2, avait une paralysie des deux moitiés du corps, et cependant il sentait bien sa position, puisqu'il témoignait du *désespoir*; il n'a perdu connaissance qu'à l'agonie. Le ramollissement occupait la protubérance cérébrale. Le malade du n° 14, lettre 2, perdit la parole, mais conserva l'intelligence jusqu'à la fin de la maladie. La voûte à trois piliers, les cuisses, et le corps de la moelle allongée, étaient seuls ramollis. Ainsi, dans ces trois observations où les fonctions intellectuelles avaient conservé toute leur intégrité, quoique les membres fussent paralysés, l'altération avait son siége hors des hémisphères du cerveau.

En résumé, nous n'avons observé d'exaltation dans les fonctions intellectuelles qu'avant le début de la paralysie. Dans les observations où il est question de délire, de phrénésie, la maladie a commencé par une inflammation de l'arachnoïde; la paralysie de l'intelligence a suivi la même progression que celle des membres, excepté dans trois cas où la maladie n'affectait pas les hémisphères du cerveau.

§. XIV. Les symptômes qui dépendent de la lésion des fonctions du système musculaire, se présentent aussi sous deux aspects tout-à-fait opposés, avec augmentation ou diminution d'action, avec des phénomènes d'irritation ou de prostration. Nous avons observé ces deux ordres de symptômes dans toutes leurs nuances, depuis les soubresauts des tendons jusqu'aux contractions convulsives, comme tétaniques; depuis l'engourdissement des membres jusqu'à la résolution la plus complète. Les premiers existent également dans les inflammations de l'arachnoïde; les seconds appartiennent aussi aux apoplexies. Voyons cependant si, dans leur marche et leur association, nous ne trouverons pas des caractères propres à faire distinguer les inflammations du cerveau de ces deux maladies.

Trois de nos malades éprouvèrent, avant la manifestation de la paralysie, des symptômes épileptiques, et tous les trois avaient une affection de l'arachnoïde. Le premier, lettre 2, n° 3, éprouva les spasmes les plus violens : ils durèrent pendant près de trois jours, sans la moindre interruption, et finirent par des soubresauts dans les tendons : c'est aussi celui chez lequel l'inflammation de l'arachnoïde était plus intense. Marchetti (l. 2, n° 4) eut deux accès très-rapprochés, mais qui durèrent peu, et furent suivis d'un calme de 5 jours; vous avez vu que l'inflammation de l'arachnoïde était moins intense que dans le cas précédent. Enfin, Marie Lucas (l. 2,

n° 8) conserva, après sa chute, une disposition aux accès d'épilepsie ; l'arachnoïde était seulement adhérente à la dure-mère et au cerveau, dans une étendue peu considérable. L'altération de l'arachnoïde, dans ces trois cas, annonçait une date ancienne, ainsi que je vous l'ai fait remarquer ; c'est donc à elle qu'il faut attribuer les symptômes épileptiques qui ont précédé ceux de ramollissemens, et ils ont été continus ou intermittens, sont revenus à des époques plus ou moins rapprochées, suivant le degré d'intensité de l'inflammation. Le malade de Jean Bauhin (l. 2, n° 1, §. V) eut aussi des convulsions, des accès d'épilepsie et une inflammation de l'arachnoïde ; mais l'observation manque de détails ; celle de Morgagni, l. 1re, n° 21, est encore plus incomplète.

Vailbain, n° 8, l. 1re, éprouva pendant quelque temps de légers mouvemens convulsifs dans *les bras*, des soubresauts dans les tendons, puis une paralysie du côté droit ; et nous avons trouvé une double méningite chronique et un ramollissement à gauche. La malade du n° 12, l. 2, avait une agitation singulière du bras non paralysé, et il existait aussi chez elle un ramollissement avec double méningite. Le malade de M. Coindet, l. 2, n° 15, éprouva une espèce d'attaque d'apoplexie, avec paralysie d'un côté et mouvemens convulsifs de l'autre. Il avait aussi une inflammation chronique de l'arachnoïde et un ramollissement du cerveau. Dans les observations, n° 1, §. IV, et n° 5, l. 2, où les

symptômes spasmodiques ont précédé ceux de paralysie, il existait également une inflammation de l'arachnoïde. Vous voyez, par ces observations, que les contractions spasmodiques des muscles peuvent être produites par une inflammation de l'arachnoïde; et nous verrons plus tard que les accès épileptiques, les contractions des membres, les mouvemens convulsifs, les soubresauts des tendons sont les symptômes ordinaires des affections de cette membrane.

Je dois vous répéter, au sujet de ces symptômes, ce que je vous ai dit en parlant du délire; il ne faut pas en conclure que l'arachnoïde ait une influence directe sur les muscles. Mais il est impossible qu'elle soit enflammée sans que le cerveau, qui est en contact avec elle, y participe plus ou moins de la même manière que le poumon participe plus ou moins à l'inflammation de la plèvre qui le recouvre, lors même que son tissu n'en paraît pas altéré. Le cerveau est irrité par le voisinage de cette inflammation, ses fonctions sont exaltées, et par suite celles du système nerveux qui est sous sa dépendance, par conséquent aussi celles du système musculaire : de là, les mouvemens convulsifs, etc.; mais, comme le tissu du cerveau est intact, ces symptômes spasmodiques ne sont ni accompagnés ni suivis de paralysie. Ainsi, quoiqu'on les observe quelquefois dans le début des inflammations du cerveau, ils ne suffisent pas pour caractériser cette maladie.

Vous remarquerez qu'au début de l'encéphalite le cerveau est encore dans les mêmes conditions que dans les cas d'inflammation de l'arachnoïde ; son tissu n'est pas encore altéré : il n'est donc pas étonnant que les symptômes puissent être les mêmes. Toutefois, il serait déjà possible de les distinguer, en ce que la méningite étant le plus souvent générale, les phénomènes spasmodiques se manifestent ordinairement des deux côtés du corps, tandis qu'il en est rarement ainsi dans l'inflammation du cerveau. Au reste, on ne peut pas les confondre pendant long-temps, parce que dans le dernier cas ils ne tardent pas à être accompagnés de symptômes de paralysie ; et même le plus souvent on observe dès le début un singulier mélange de paralysie et de phénomènes spasmodiques.

§. XV. Le symptôme le plus constant et le plus remarquable que nous ayons rencontré, c'est une contraction permanente des muscles des membres qui, en raison de la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs, produit une flexion, plus ou moins considérable, de toutes les articulations. (Voyez lettre 1re, n°s 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12 ; lettre 2, p. 104, n°s 1, 3, 7, 8, §. III, 13, 14.) Il n'existe quelquefois qu'une simple rigidité ; d'autres fois la contraction est portée au point que le poignet reste appliqué contre l'épaule, et le talon contre la fesse. (Voyez n° 6, let. 1re.) Quand on essaye d'étendre les membres, on éprouve une résistance

qu'il est quelquefois impossible de vaincre, et l'on produit souvent de vives douleurs, qui paraissent avoir leur siége dans les muscles. (Voyez let. 1, n° 10 et 11; let. 2, n° 1.) Les tendons soulèvent alors la peau comme des cordes. Quelquefois cette roideur de membres est précédée, pendant peu de temps, de fourmillemens, de douleurs lancinantes et spontanées (let. 1re, n° 10; let. 2, n°s 3 et 4), plus prononcées dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. La roideur commence aussi toujours par les bras, et, à moins qu'elle ne soit portée au dernier degré, elle y est toujours plus marquée que dans les jambes. Quelquefois elle est bornée aux bras (let. 2, n° 8, §. III, et n° 13), ou elle ne s'étend à la jambe que fort long-temps après (let. 1re, n° 10).

Les muscles de la face participent ordinairement à cet état spasmodique; alors la bouche est tirée du côté paralysé, ce qui est le contraire de ce qu'on observe dans les apoplexies : les paupières sont quelquefois fermées par la contraction du muscle orbiculaire, et non, comme dans les apoplexies, par la paralysie du releveur de la paupière supérieure; aussi sont-elles appliquées l'une contre l'autre d'une manière active; quand on veut les ouvrir, on éprouve de la résistance, et elles se referment aussitôt qu'on cesse de les écarter (let. 1re, n°s 1 et 13). Quelquefois on observe un strabisme permanent de l'œil du côté affecté, ce qui indique que les muscles moteurs de l'œil

sont dans le même état que ceux des membres (let. 1re, n° 17; let. 2, n° 13). Ces contractions permanentes des muscles peuvent être produites aussi par une méningite aiguë de l'arachnoïde; mais ce qui les distingue de celles qui sont produites par une inflammation du cerveau, c'est que ces dernières sont accompagnées de véritable paralysie. Ceci vous explique pourquoi, dans certains cas, les deux bras étaient fortement contractés, quoiqu'il n'existât de ramollissement que d'un côté. Mais lorsque l'observation a été recueillie avec soin, vous avez vu que le bras du côté opposé au ramollissement du cerveau avait plus ou moins perdu de sa sensibilité, tandis qu'elle était conservée dans l'autre; que le premier restait constamment immobile, tandis que l'autre exécutait des mouvemens volontaires. Cette coïncidence de contraction convulsive et de paralysie est donc un caractère distinctif; et vous concevez facilement pourquoi il n'y a point de paralysie quand l'arachnoïde seule est affectée, pourquoi elle existe quand c'est le cerveau : dans le premier cas, le cerveau n'est qu'irrité; dans le second, son tissu est déjà plus ou moins altéré.

La contraction permanente des muscles ne dure pas jusqu'à la fin de la maladie; elle est quelquefois remplacée par des mouvemens convulsifs avec alternative de flexion et d'extension qui ne durent qu'un instant, et reviennent par accès de plus en plus éloignés. (*Voy.* let. 2, nos 7 et 14.) Dans l'intervalle de ces ac-

cès, les membres sont paralysés et dans un état de résolution complète ; dautres fois, cette contraction diminue pour faire place à la paralysie avec flaccidité des membres et perte totale de la sensibilité. (*Voy.* let. 1re, n° 6; let. 2, pag. 104, nos 1, 7 et 13.) Dans l'observation n° 6, let. 1re, la malade apportée à l'hôpital le quinzième jour seulement après l'invasion des premiers symptômes, avait le côté *gauche* paralysé, dans un état de flaccidité extrême, avec mobilité de toutes les articulations ; tandis que le côté droit, également paralysé, offrait une roideur tétanique portée au plus haut degré ; et vous avez vu que le ramollissement du cerveau était beaucoup plus étendu et plus avancé dans l'hémisphère *droit* que dans le gauche; que par conséquent la maladie était plus ancienne à droite. Vous avez vu chez le malade, n. 17, let. 1re, les membres des deux côtés paralysés, flasques et mobiles, tandis que la tête était renversée en arrière, les yeux fixes et divergens. Enfin, chez la femme Mouton, let. 1re, n. 7, nous n'avons observé d'autre symptôme de contraction musculaire que le renversement des yeux avec strabisme.

Ainsi, la contraction permanente des muscles, en diminuant d'intensité, peut devenir intermittente de la même manière que nous avons vu les symptômes épileptiques être continus ou intermittens, suivant le degré d'intensité de l'inflammation ; ce qui prouve que la distinction établie par Morgagni entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques n'est pas

fondée : ce sont seulement des degrés différens. Et, règle générale, la contraction permanente diminue dans la même proportion que la paralysie augmente, c'est-à-dire, à mesure que l'altération du cerveau fait des progrès.

§. XVI. Cependant nous avons vu dans plusieurs cas la paralysie précéder de long-temps la rigidité des membres, et celle-ci aller successivement en augmentant. Voyons si ces faits détruisent la règle générale et l'explication que nous en avons donnée ; et pour cela examinons-les en détail.

La nommée Mouton (let. 1re, n. 7) perdit tout à coup l'usage de la parole, et, neuf jours après, le mouvement et une partie de la sensibilité du côté *droit* : ensuite on observa un renversement des yeux, et du strabisme. A la surface de l'hémisphère *gauche* existaient deux épanchemens du volume d'un pois : la substance cérébrale environnante était réduite en bouillie. Ces deux petits épanchemens n'étaient-ils pas la cause de ces deux attaques d'apoplexie dont les symptômes ont été peu intenses ? Le ramollissement n'était-il pas le résultat de l'inflammation consécutive développée autour des caillots ? Il est clair qu'alors les symptômes d'inflammation n'ont pu se montrer qu'après ceux de paralysie.

Vailbain, let. 1re, n. 8, après des symptômes de méningite chronique, dont je vous ai parlé, éprouva tout à coup une paralysie incomplète du côté *droit* ;

huit jours après, douleurs violentes dans les membres paralysés, un peu de roideur dans les articulations; trois jours après, roideur excessive. Espèce de caillot, du volume d'une noisette, à la surface de l'hémisphère *gauche*; substance cérébrale environnante d'une mollesse diffluente. N'est-il pas évident que cette hémiplégie peu intense a été produite par ce petit caillot de sang, et que l'inflammation qui a produit le ramollissement de la substance cérébrale environnante, a été consécutive? D'après cela, est-il étonnant que les symptômes inflammatoires n'aient paru que le huitième jour, et qu'ils aient augmenté pendant les trois jours suivans?

Le malade du nº 12, let. 1re, avait, le jour de son entrée, le bras *droit* engourdi, les muscles un peu faibles, la bouche légèrement déviée à gauche; le lendemain, paralysie complète des membres supérieurs *droits*, incomplète des inférieurs; le quatrième jour, roideur du sterno-mastoïdien paralysé; le soir, commencement de roideur dans le bras; le cinquième, augmentation de la roideur, qui s'étend à la jambe; le soir, écume sur les lèvres, etc. Au milieu du corps strié gauche, espèce d'infiltration de sang, en forme de noyau, d'environ un pouce et demi; substance cérébrale environnante d'autant plus ramollie qu'on l'examine plus près de cette espèce de caillot. Vous voyez que la paralysie n'est pas survenue tout à coup, comme dans les apoplexies ordinaires: aussi le sang était plutôt infiltré qu'épanché dans la substance cé-

rébrale. Les symptômes inflammatoires commencèrent à se manifester le quatrième jour, et augmentèrent de jour en jour : les traces de l'inflammation du cerveau étaient d'autant plus prononcées, que la substance cérébrale était plus près du caillot. Ici, les symptômes ont traduit avec tant de fidélité, à l'extérieur, les phénomènes qui se passaient dans l'intérieur du cerveau, que nous pouvons suivre pas à pas la marche et la succession des deux maladies.

Le malade du n° 11, lettre 1re, avait une paralysie incomplète du côté *droit*. Le soir, on remarqua un peu de roideur dans les membres paralysés; le lendemain, mouvemens convulsifs, irréguliers, intermittens; le surlendemain, roideur tétanique du cou. A la surface de l'hémisphère gauche, deux caillots du volume d'une aveline; un peu plus loin, espèce de suppuration de la partie postérieure du ventricule du même côté. Vous voyez que les symptômes spasmodiques, précédés de ceux de paralysie, ont suivi dans une progression croissante la même marche que nous leur avons vu suivre en sens inverse dans les cas d'inflammation simple.

Augrement (let. 1re, n. 10) tombe dans un état d'apoplexie faible : rigidité des muscles fléchisseurs du bras paralysé, douleurs aiguës, etc. Au bout d'un mois, les mêmes symptômes s'étendent à la jambe. Caillot dans l'hémisphère du côté opposé, suppuration des parois du foyer.

Dans l'observation de M. Gombaut, page 104, la roideur du membre paralysé, d'abord peu considérable

augmenta pendant plusieurs jours. Il existait aussi une espèce de caillot autour duquel la substance cérébrale était désorganisée. Il est probable, d'après ce qui précède et d'après d'autres détails de la maladie, qu'avant d'entrer à l'hôpital, Armand avait d'abord éprouvé de la paralysie sans roideur.

Vous voyez que, dans ces six observations, les symptômes ont suivi une marche tout-à-fait opposée à celle que nous avons observée dans les cas où l'inflammation du cerveau était primitive. La paralysie s'est montrée la première; elle est survenue tout à coup, quand il s'est fait un véritable épanchement de sang, et lentement, lorsque le sang s'est plutôt infiltré qu'épanché. Mais dans un cas comme dans l'autre, elle a existé seule pendant plus ou moins de temps, parce que la désorganisation du cerveau a précédé l'inflammation. Ensuite, les symptômes spasmodiques se sont mêlés à ceux de paralysie, à mesure que l'inflammation, produite par la présence du caillot, s'est développée, et ils ont augmenté avec elle. Dans les encéphalites ordinaires, les symptômes d'irritation précèdent ceux de paralysie, parce que le tissu du cerveau n'est point encore altéré; ils se confondent lorsque cette altération commence; et lorsque l'irritation est passée et la désorganisation achevée, il ne reste que la paralysie avec résolution, flaccidité, comme dans l'apoplexie. Vous voyez que la succession de ces deux ordres de symptômes nous permet non-seulement de distinguer les encéphalites des hémorrhagies cérébrales,

mais encore de reconnaître quand l'inflammation succède à l'épanchement.

Vous avez dû remarquer que, dans toutes ces observations, le caillot était peu considérable. Cette circonstance est très-importante sous plusieurs rapports. D'abord, il en est résulté que la paralysie a été incomplète ; et vous avez vu qu'elle a commencé par la langue et les bras, que les membres supérieurs étaient plus affectés que les inférieurs; qu'enfin la paralysie semble avoir débuté par les muscles, et ne s'être étendue à la peau que quand elle est devenue plus intense, puisque les malades avaient encore conservé de la sensibilité, lorsqu'ils étaient déjà privés de l'usage des membres. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette dernière circonstance. Enfin, vous avez vu que les symptômes inflammatoires étaient aussi plus prononcés dans les membres supérieurs que dans les inférieurs.

Le peu d'étendue de l'épanchement sanguin vous explique aussi pourquoi l'inflammation de la substance cérébrale environnante a pu se manifester au dehors par des symptômes spasmodiques aussi prononcés. Cet épanchement n'était pas assez considérable pour anéantir entièrement les fonctions de tout l'hémisphère affecté; et la preuve, c'est que, chez tous ces malades, la paralysie était incomplète. Vous concevez aussi très-facilement pourquoi, dans certaines apoplexies, les malades éprouvent, au bout d'un temps plus ou moins long, des fourmillemens, des douleurs, des élancemens dans les membres

paralysés, quoiqu'ils n'aient pas recouvré la sensibilité; de la roideur, des mouvemens convulsifs dans les muscles, quoiqu'ils ne puissent se servir de leurs membres. Jusqu'à présent on n'a pas attaché d'importance à ces phénomènes, parce qu'on les regardait comme des anomalies; et on les regardait comme des anomalies, parce qu'on ne pouvait pas les expliquer.

Depuis que M. Rochoux, dans son excellent ouvrage sur l'apoplexie, a fixé l'attention des observateurs sur les ramollissemens de la substance cérébrale qui environne le sang épanché, cette altération mieux étudiée paraît très-fréquente, je dirai presque constante; et cela doit être, car il est difficile de concevoir qu'un corps étranger séjourne pendant long-temps au milieu de la substance cérébrale, sans y déterminer une inflammation. Pour mon compte, je puis vous assurer que les seuls cas où, après avoir observé avec attention, je n'ai rien remarqué de semblable, étaient ceux où les malades étaient morts très-promptement. Mais s'il en est ainsi, pourquoi les symptômes dont nous venons de parler, se montrent-ils si rarement à la suite des apoplexies? C'est qu'il arrive rarement que les épanchemens de sang soient aussi peu étendus que chez ces six malades.

§. XVII. Plusieurs de nos malades ont éprouvé des alternatives bien tranchées d'excitation et de collapsus, de mouvemens convulsifs et de paralysie avec flaccidité des membres (n°s 11, 13 et 14; let. 1re,

n°s 9 et 14, let. 2.) L'alternative de ces deux ordres de symptômes est ici fort remarquable, parce que les inflammations de l'arachnoïde produisent aussi quelquefois des mouvemens convulsifs qui reviennent par accès plus ou moins longs, à des intervalles plus ou moins éloignés : mais entre ces accès, les membres ne sont pas paralysés, parce que le tissu du cerveau n'est pas altéré. Quelquefois les deux côtés du corps participent à ces accès convulsifs, après lesquels l'un des deux reste seul paralysé. Dans ce cas, il existe une inflammation de l'arachnoïde des deux côtés, et un ramollissement du côté opposé aux membres paralysés. (Voy. l'obs. 9, let. 2.) Ces accès ont offert, chez plusieurs malades, de grandes variétés, dont l'examen des cadavres nous a expliqué la cause : mais voyons d'abord ce qu'ils ont eu de commun.

Ils ont été en général très-courts; les plus longs n'ont guère duré que quatre à cinq minutes; ils ont diminué d'intensité et de fréquence vers la fin de la maladie, et ont cessé tout-à-fait plus ou moins de temps avant la mort. Au moment de l'accès, la face était rouge, animée, injectée, l'œil vif et brillant; ce qui prouve qu'il s'opérait alors une congestion cérébrale énergique. Les muscles devenaient durs, les tendons saillans sous la peau; les membres et les doigts se fléchissaient et s'étendaient alternativement, et d'une manière brusque. La bouche, qui, avant l'accès, était tirée du côté opposé à la paralysie, se déviait alors du côté de la face qui était affecté de convulsions. Les muscles moteurs des yeux ont cons-

tamment participé à ces accès; car pendant toute leur durée, et chez tous ces malades, les yeux étaient renversés, divergens et très-mobiles. Je vous ai fait remarquer que quand la contraction des muscles était continue, le strabisme était permanent. Dans le moment de l'accès, les malades perdaient connaissance et la recouvraient après; puis, à mesure que les accès devenaient plus faibles, moins fréquens, et que la paralysie augmentait, les fonctions intellectuelles s'affaiblissaient.

Cette succession de symptômes que nous avons déjà remarqués en parlant des contractions permanentes, tient à ce que l'irritation diminue à mesure que la désorganisation augmente. Ces deux ordres de symptômes répondent aux deux périodes des inflammations admises par les anciens et les modernes, sous les noms de période de *crudité* ou d'*irritation*, et de *coction* ou de *suppuration*. Vous savez, en effet, que la première est caractérisée par la douleur, l'afflux du sang, etc., et qu'au moment où la suppuration s'établit, c'est-à-dire, où le tissu enflammé se désorganise, l'irritation diminue, etc. Vous savez aussi que les inflammations marchent rarement d'une manière égale et continue; les malades éprouvent alternativement des momens de relâche et d'exacerbation. Il n'y a donc rien dans ces symptômes et dans leur succession qui ne soit conforme à ce qu'on observe dans les autres inflammations.

Je vous ai dit que ces accès avaient offert quelques différences, dont il était facile de se rendre compte.

Déjà je vous ai expliqué pourquoi la malade du n° 9, let. 2, avait eu des convulsions de tout le corps, et une paralysie d'un seul côté; pourquoi celle du n° 14, let. 1re, avait éprouvé des mouvemens convulsifs, avec paralysie d'un côté, et une agitation remarquable de l'autre. Vous avez vu qu'il existait dans ces deux cas, outre un ramollissement, une double inflammation de l'arachnoïde. Chez le malade du n° 14, les symptômes ont été les mêmes des deux côtés, et la maladie occupait la moelle allongée.

La malade du n° 11, let. 1re, a éprouvé les symptômes les plus compliqués et les plus bizarres, et cependant, dans l'examen que j'ai fait de cette observation, je vous ai fait voir qu'en les comparant les uns après les autres aux différentes altérations trouvées après la mort, il n'en était pas un seul dont on ne pût facilement trouver la cause. Je ne puis pas répéter ici ce parallèle. Je vous rappellerai seulement qu'il existait deux épanchemens de sang à la surface de l'arachnoïde, un autre dans l'un des hémisphères et deux ramollissemens.

La malade du n° 13, let. 1re, a éprouvé dans ses accès des symptômes croisés, de manière que les membres du côté *droit* et les muscles de la face du côté *gauche* étaient en même temps agités de mouvemens convulsifs. La couche des nerfs optiques *droite*, une partie du corps strié *gauche*, et de la protubérance annulaire du même côté, étaient désorganisées.

Enfin, celle du n° 7, let. 2, a offert, pendant tout le cours de la maladie, une étonnante variation dans

les symptômes, d'ailleurs très-compliqués; ils se sont succédés de la manière la plus irrégulière, et vous avez vu qu'il existait en même temps une inflammation de l'arachnoïde et deux ramollissemens, un dans chaque hémisphère, et qu'enfin le traitement avait été extrêmement variable.

Quoique je sois entré dans les détails les plus minutieux, à l'occasion de chacune de ces observations, j'ai cru devoir, en les rapprochant ici, vous en rappeler les principales circonstances, pour vous convaincre que cette inconstance dans la marche de la maladie, cette complication, cette irrégularité bizarre des symptômes, ont été le résultat d'une succession d'exacerbations et de rémissions qu'on observe aussi dans les inflammations des autres organes, et de complications, tantôt d'épanchement de sang, tantôt d'inflammation de l'arachnoïde, tantôt de plusieurs inflammations développées successivement dans différentes parties du cerveau.

§. XVIII. Je ne vous ai parlé en particulier que des cas dans lesquels les accès avaient été très-caractérisés; mais, en général, il est rare que les symptômes de *ramollissement* suivent une marche régulière et continue. Le plus souvent les malades éprouvent des alternatives d'amélioration et de rechutes; ils sont tantôt assoupis, tantôt agités; ils perdent et recouvrent la connaissance; la paralysie diminue pendant quelques instans pour augmenter ensuite. Ils éprouvent quelquefois une amélioration si remarquable, que le médecin les croit presque hors de danger. On ne remarque pas ces inégalités dans la marche

des apoplexies ; et cela doit être, puisque les symptômes sont produits par un épanchement de sang qui n'est pas susceptible de varier d'un instant à l'autre, comme la marche d'une inflammation. Ces symptômes, surtout les plus compliqués et les plus irréguliers, sont précisément ceux qu'on a regardés comme caractéristiques des fièvres *ataxiques pernicieuses*, etc. Aussi les observations que je vous ai citées en dernier lieu portaient-elles ce titre; aussi les malades ont-ils été traités en conséquence.

§. XIX. MM. Montain (*Traité de l'Apoplexie*, 1811) admettent une apoplexie *nerveuse sthénique*, dont les caractères distinctifs sont *des mouvemens convulsifs dans les muscles*, *des oscillations de la vue*, *une sorte de roulement des yeux dans leur orbite*, *la contraction des muscles de la face*, *une paralysie d'un côté du corps et des mouvemens convulsifs de l'autre*, etc. Ces symptômes ressemblent tellement à ceux que nous venons d'examiner, qu'il est impossible de douter un instant de l'identité des apoplexies *nerveuses sthéniques* avec les inflammations du cerveau simples ou compliquées (1).

---

(1) Hippocrate, dans le premier livre des épidémies, malade 13, parle d'une femme qui perdit tout à coup la parole. La main droite était paralysée, et cependant agitée de mouvemens convulsifs : *dextra manus languit cum convulsione, apoplectico modo*. Cette observation est, pour les commentateurs, le sujet de discussions interminables. Ils admettent bien que la même main a été affectée de paralysie et de convulsions; mais Vallesius ne croit pas que ces deux symptômes

§. XX. Quelques heures après l'administration de la noix vomique, on observe de la roideur dans les membres, des contractions spasmodiques, avec secousses brusques, etc.; ces phénomènes ne durent pas ordinairement long-temps, et ne se renouvellent qu'après chaque administration du médicament; mais quelquefois ils finissent par persister d'une manière à peu près continue; les accidens s'aggravent, et le malade meurt peu de temps après. J'ai vu deux cas

---

aient pu exister en même temps. Duret admet leur existence simultanée; mais il suppose que la paralysie avait son siége dans les nerfs, et les convulsions dans les muscles. Prosper Martian pense que la paralysie et les convulsions peuvent affecter simultanément les mêmes nerfs. Enfin Morgagni, sans rejeter l'opinion de Prosper Martian, la modifie, en supposant que quelques filets de nerfs, n'étant pas entièrement paralysés, ont pu transmettre à quelques muscles des mouvemens convulsifs. On a encore imaginé plusieurs autres hypothèses plus ou moins subtiles, pour expliquer ce singulier problème de la coïncidence, dans un même membre, de convulsions et de paralysie; mais il faut avouer qu'aucune n'est satisfaisante; rien n'est cependant plus facile à concevoir, d'après ce qui précède. L'inflammation du cerveau produit des contractions convulsives dans les muscles; mais elles sont involontaires. On ne peut pas dire qu'il y ait alors paralysie des muscles; il y a seulement perte de la volonté. En même temps la peau est insensible, c'est-à-dire, que le cerveau enflammé ne perçoit plus les impressions qui lui sont transmises par les nerfs. La contraction involontaire des muscles et l'insensibilité de la peau ne sont donc pas, dans ce cas, incompatibles. Mais leur existence simultanée ne peut se concevoir que par un état inflammatoire du cerveau.

semblables, et chaque fois, à l'ouverture du corps, j'ai trouvé la substance cérébrale qui environnait le caillot, désorganisée, d'une mollesse diffluente, et cela dans une grande étendue. Ces rapprochemens vous indiquent assez quel est le mode d'action de la noix vomique, et doivent rendre circonspect dans son emploi.

§. XXI. La paralysie des muscles n'a pas toujours été précédée ou accompagnée de mouvemens convulsifs ; mais, dans ce cas, nous avons encore observé la même marche graduée et progressive que je vous ai fait remarquer dans les observations précédentes ; elle a même été en général beaucoup plus lente. Parmi ces malades, les uns ont commencé par perdre la vue, ont éprouvé de l'embarras dans la parole (let. 1re, n° 15 ; let. 2, n° 11), un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans le côté du corps, qui, par la suite, a été paralysé. (Obs. A, p. 101, let. 2, nos 2 et 11.) La bouche s'est déviée ; mais quelquefois on ne s'en est aperçu que quand le malade contractait les muscles de la face (p. 101). La langue s'est déviée en sortant de la bouche ; ensuite la paralysie a envahi successivement les membres supérieurs, puis les inférieurs. Enfin, lorsque la maladie a eu son siége dans la protubérance annulaire (obs. nos 11 et 12, let. 2), ou des deux côtés à la fois (p. 101), ou quand elle a été si considérable, d'un côté, qu'elle dépassait la ligne médiane (let. 1re, n° 18 ; let. 2, n° 2), elle a fini par affecter à peu près également les deux côtés du corps: les malades alors n'ont pas tardé à succomber. Ainsi,

lors même que la paralysie n'est ni précédée ni accompagnée de symptômes spasmodiques, sa marche lente et progressive suffit pour la faire distinguer de celle qui est produite par l'hémorrhagie. Dans quelques cas, à la vérité, la maladie a débuté avec autant de promptitude qu'une apoplexie; mais les symptômes spasmodiques ont été très-prononcés. Dans d'autres, enfin, la paralysie s'est manifestée tout à coup, sans être accompagnée de contraction musculaire; mais, précisément dans tous ces cas, la maladie avait commencé par un épanchement de sang, comme vous l'avez vu dans les six observations que nous avons examinées dans le §. XVI.

Ainsi, lorsque le début de l'inflammation est très-rapide, il est possible de la distinguer de l'apoplexie par la présence des symptômes spasmodiques; quand la paralysie n'est pas accompagnée de symptômes spasmodiques, elle marche avec plus de lenteur, et cette lenteur ne permet pas de la confondre avec celle qui est produite par l'hémorrhagie. Nous pouvons tirer de ce rapprochement une autre conséquence: c'est qu'en général plus l'inflammation est aiguë, plus les symptômes d'irritation sont prononcés; et c'est ce qu'on observe dans toutes les inflammations.

Je vous ai fait voir (p. 299) l'analogie qui existait entre les ramollissemens du cerveau et les hépatisations du poumon; et, puisqu'il arrive quelquefois que tout un poumon est désorganisé, infiltré de pus, sans que le malade ait éprouvé la moindre douleur dans la poitrine (c'est ce que quelques médecins ont appelé

pneumonie latente), une inflammation peut bien se développer lentement dans le cerveau, y produire la même altération qu'une inflammation aiguë, sans que la paralysie, qui en est le résultat, soit accompagnée des symptômes d'irritation que nous avons remarqués dans les autres cas. L'absence de ces symptômes ne prouve donc pas que ces ramollissemens sont d'une autre nature que les premiers, qu'ils ont été produits par une autre cause que l'inflammation.

Ce sont probablement des observations semblables à ces dernières qui ont fait admettre à MM. Montain (ouvrage cité) une apoplexie *nerveuse asthénique*.

Il paraît aussi que ce sont des faits analogues qui ont servi de type à la description que MM. Bayle et Cayol nous ont laissée des symptômes du ramollissement, dans l'excellent article *Cancer*, du *Dictionnaire des Sciences médicales* (Voy. pag. 648). Comme cette description très-courte est la seule que je connaisse, je la transcrirai pour que vous puissiez en juger plus exactement.

« Le ramollissement du cerveau s'annonce ordinairement par une diminution notable des forces musculaires, et particulièrement des *jambes*; les malades se laissent tomber au moment où ils y pensent le moins, parce que, disent-ils, les *jambes leur manquent tout à coup*; d'autres ont une démarche chancelante, comme s'ils étaient ivres; en même temps, diminution progressive des facultés intellectuelles, qui va jusqu'à l'idiotisme; puis hémiplégie complète ou incomplète du côté opposé au ramollissement;

nulle altération sensible de la nutrition ; bon appétit... Au bout d'un temps plus ou moins long, ces malades meurent d'*apoplexie*, de *fièvre ataxique*, ou de *convulsions*.

» Chez les enfans, le ramollissement de la substance cérébrale se manifeste quelquefois par des symptômes tout-à-fait semblables à ceux de l'hydrocéphale interne chronique. »

Il paraîtrait, d'après cette description, que les membres inférieurs sont plus affectés que les supérieurs; et jusqu'à présent vous avez toujours vu que c'était exactement le contraire. Ce qui a certainement induit en erreur des observateurs aussi exacts que MM. Bayle et Cayol, c'est que les membres inférieurs supportant tout le poids du corps, la moindre diminution des forces musculaires devient très-apparente par la chute du malade.

Vous concevez aussi comment il faut interpréter la mort de ces malades par une *apoplexie*, une *fièvre ataxique*, ou des *convulsions ;* pourquoi l'on observé quelquefois chez les enfans des symptômes d'hydrocéphale interne *chronique*.

§. XXII. Je me suis beaucoup étendu sur les symptômes qui dépendent de la lésion des fonctions musculaires, parce que ce sont les plus apparens, les plus caractéristiques. Il me restera peu de choses à dire de ceux qui dépendent de la sensibilité ou perception des sensations produites par les agens supérieurs. Quelques-uns de nos malades ont éprouvé, comme vous l'avez vu, dans le principe, des tintemens, des bour-

donnemens dans les oreilles; mais, à mesure que les fonctions intellectuelles se sont affaiblies, que la paralysie a fait des progrès, l'oreille est devenne paresseuse; les malades n'ont plus entendu que quand on criait très-fort. D'autres ont éprouvé dans les premiers jours une telle sensibilité de la rétine, qu'elle ne pouvait supporter l'impression de la lumière. Plus tard, la pupille était contractée et immobile; enfin, dans les derniers instans, elle est restée dilatée.

L'état de la pupille mérite d'autant plus d'attention, que, dans presque toutes les observations de *ramollissement* où il en est fait mention, elle était contractée, tandis que dans les apoplexies elle est en général dilatée; et vous avez dû remarquer qu'elle était resserrée précisément chez les malades qui éprouvaient des contractions musculaires ; que quand la maladie n'existait que d'un côté du corps, c'était l'œil de ce côté qui était affecté ; que quand les symptômes convulsifs ne revenaient que par accès, c'était au moment de l'accès que la pupille était resserrée ; qu'enfin, à mesure que la paralysie faisait des progrès, la pupille devenait de plus en plus dilatée; et de même que les malades ne pouvaient se servir de leurs membres, quoique l'action des muscles fût très-augmentée, de même ils avaient perdu la faculté de distinguer les corps extérieurs, quoique le resserrement de la pupille annonçât une augmentation de la sensibilité de la rétine. Vous voyez que ces phénomènes sont analogues, et tiennent à la même cause, l'exaltation morbide des fonctions du cerveau.

Plusieurs de nos malades ont éprouvé dans les membres paralysés des douleurs aiguës, pongitives, lancinantes, qui augmentaient lorsqu'on touchait le membre, surtout lorsqu'on voulait l'étendre (let. 1re, n° 8, 9; let. 2, n° 7). Ces douleurs paraissaient avoir leur siége dans les muscles, d'autant plus que chez le malade n° 7, let. 2, la peau était tout-à-fait insensible. Ce symptôme, qu'on n'observe pas dans les apoplexies, est bon à noter, puisque, dans l'observation n° 9, let. 1re, il a été le seul phénomène spasmodique qu'on ait observé. La paralysie de la peau a suivi en général la même progression que celle des muscles, mais avec cette différence qu'elle a commencé plus tard, et a toujours paru moins intense, au moins pendant très-long-temps ; en sorte que les membres avaient déjà perdu entièrement la faculté de se mouvoir, lorsque la peau conservait encore toute sa sensibilité. Je vous ai fait remarquer aussi qu'elle avait souvent disparu au bras, tandis qu'elle existait encore à la jambe. Enfin, nous avons vu beaucoup de malades chez lesquels elle ne s'était entièrement éteinte dans ces parties qu'au moment de la mort. Le degré de sensibilité dont jouissent les membres est donc un excellent indicateur du degré d'intensité de la paralysie, et par conséquent de l'état plus ou moins avancé de la maladie. Il peut faire apprécier ses progrès. Sous ces rapports, il doit avoir une grande influence sur le pronostic.

Depuis long-temps, on avait observé des cas dans lesquels un membre avait perdu le mouvement,

quoique la peau eût conservé la sensibilité. La plupart des auteurs qui ont parlé de ce phénomène, ont supposé que les nerfs qui se rendent à la peau et ceux qui vont aux muscles étaient d'une nature différente, et qu'ils pouvaient être affectés isolément ; mais cette explication ne peut être admise par ceux qui possèdent les plus simples notions d'anatomie. D'autres ont imaginé des hypothèses encore moins plausibles et qui ne méritent pas même d'être indiquées. Rien n'est cependant plus facile à concevoir. Voici, en général, la marche que nous avons observée dans les symptômes : le bras commençait par être engourdi, faible, puis perdait tout-à-fait le mouvement; alors, quand on pinçait fortement la peau, le malade témoignait de la douleur, sans pouvoir retirer son bras; la maladie faisant des progrès, la jambe perdait aussi le mouvement, conservait la sensibilité, mais le bras la perdait en même temps; enfin, elle disparaissait aussi quelquefois à la jambe. Ainsi, toutes les fois que la paralysie n'a porté que sur le système musculaire, c'est qu'elle était faible; ce qui se réduit à dire que la sensibilité persiste plus longtemps que la myotilité. Mais le mouvement volontaire d'un membre est le produit d'un acte spontané du cerveau. La perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté, qui n'exige pas par conséquent que le cerveau entre spontanément en action. Il est facile de concevoir que la partie du cerveau malade soit assez altérée pour ne pouvoir plus avoir une influence

active sur les nerfs qui en dépendent, et pas assez pour qu'elle ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est communiquée par ces mêmes nerfs; et vous remarquerez que, précisément dans les cas dont nous avons parlé, l'altération du cerveau ne devait pas être considérable, puisque la paralysie était incomplète. Enfin, ce qui prouve la vérité de cette explication, c'est qu'on voit quelquefois des malades qui, ayant conservé la sensibilité, et ne pouvant pas mouvoir volontairement les membres paralysés lorsqu'on les y engage, les retirent cependant lorsqu'on pince fortement la peau. N'est-il pas évident que, dans ce cas, c'est la sensation qui a réveillé l'action du cerveau qui produit les mouvemens volontaires?

On observe quelquefois dans les apoplexies cette paralysie isolée des muscles, mais très-rarement, parce que, l'épanchement se faisant tout à coup, la substance cérébrale est trop altérée pour continuer à percevoir les impressions extérieures. Dans les inflammations, l'altération se faisant plus lentement, la paralysie ne se manifeste, pendant plus ou moins long-temps, que par l'absence des mouvemens volontaires : c'est donc encore un caractère qu'il est bon de noter.

Enfin, pour tenir compte de tout ce qui peut aider au diagnostic des ramollissemens, je dois vous faire observer que chez un tiers à peu près de nos malades, la paralysie a successivement affecté les deux côtés du corps, parce que la maladie a occupé l'un et l'autre hémisphère ou la protubérance annu-

faire. Or, dans l'hémorrhagie, il est rare que les deux côtés du corps soient paralysés, excepté dans les cas qu'on a désignés sous le nom d'*apoplexie foudroyante.* Lorsqu'il existe un épanchement, il peut bien augmenter, mais il est rare qu'il s'en fasse un second dans l'autre hémisphère.

Après avoir examiné toutes les circonstances qui peuvent aider à faire distinguer les inflammations du cerveau de celles de l'arachnoïde et des apoplexies, je dois vous rappeler que, parmi les observations que j'ai puisées dans les auteurs, il en est qui n'ont offert aucun des caractères propres à établir cette distinction. Mais tantôt les malades sont morts sans avoir pu être observés (let. 1re, n° 19; let. 2, n° 4, §. III); tantôt ils ne l'ont été que dans les derniers instans de leur existence (let. 1re, n° 16; let. 2, n° 1, §. VII); d'autres fois, les symptômes ont été plutôt indiqués que décrits (lettre 1re, n°s 18, 20 et 21; lettre 2, n° 8, §. IV); enfin j'ai eu soin de vous faire remarquer que les symptômes spasmodiques précédaient ceux de paralysie, et cessaient souvent très-promptement; qu'ils ne se montraient quelquefois que par accès très-courts, peu intenses et séparés par d'assez longs intervalles. Or, vous savez combien il est difficile d'obtenir des renseignemens exacts sur ce qui a précédé l'arrivée du médecin, combien il est facile, quand on n'a pas l'habitude d'observer une maladie, de laisser échapper une foule de circonstances qu'on néglige, parce qu'on n'en connaît pas l'importance. Quelques observations isolées ne pourraient

donc pas détruire des conséquences déduites d'un grand nombre de faits recueillis avec soin et par des observateurs différens.

§. XXIII. En résumé, les maladies du cerveau et celles des méninges ne peuvent se manifester à l'extérieur que par le dérangement des fonctions cérébrales, c'est-à-dire par des symptômes qui ont rapport à la perception des impressions produites par les agens extérieurs, à l'intelligence et aux mouvemens volontaires. Les symptômes des inflammations du cerveau peuvent présenter deux caractères tout-à-fait opposés, ceux d'irritation et ceux de collapsus. De là, d'une part, l'exaltation des facultés intellectuelles, la céphalalgie, la sensibilité de la rétine, la contraction de la pupille, les douleurs des membres, la contraction continue ou intermittente des muscles ; de l'autre, la diminution de l'intelligence, la stupeur, la somnolence, la dureté de l'ouïe, la perte de la vue, de la parole, la paralysie des muscles, l'insensibilité de la peau. Les premiers de ces symptômes s'observent aussi dans l'inflammation de l'arachnoïde, et les seconds dans l'hémorrhagie cérébrale ; mais on ne les trouve réunis que dans les encéphalites. Dans le premier cas, il y a irritation du cerveau sans altération de son tissu : dans le second, il y a d'abord altération sans irritation ; et ce n'est que dans l'encéphalite qu'il peut y avoir successivement irritation et désorganisation du cerveau. Quand la paralysie précède les symptômes spasmodiques, c'est que l'altération de tissu précède l'inflammation, c'est-à-dire que la maladie a commencé par un épanchement de

sang. Enfin, quand les symptômes spasmodiques manquent, la marche lente et progressive de la paralysie peut ordinairement la faire distinguer de celle qui est produite par une hémorrhagie.

En dernière analyse, voici les *caractères distinctifs* des symptômes des maladies du cerveau et de ses membranes qui se ressemblent le plus :

Dans l'inflammation des méninges, *symptômes spasmodiques généraux sans paralysie*; dans l'hémorrhagie cérébrale, *paralysie subite sans symptômes spasmodiques*; dans l'inflammation de la substance cérébrale (abstraction faite du corps calleux, du septum et de la voûte à trois piliers), *paralysie précédée ou accompagnée de symptômes spasmodiques*, ou bien *affaiblissement partiel, lent et progressif; marche souvent irrégulière, intermittente.*

§. XXIV. Jusqu'à présent je n'ai parlé que des cas dans lesquels on a remarqué de la paralysie, et cependant, dans les observations n°s 18, 19, 20, 21 et 22, lettre 2, il n'est pas fait mention de ce symptôme : à quoi tient son absence dans ces cinq observations seulement? Remarquez d'abord que, dans toutes les autres, la maladie avait son siége dans le cerveau, dans le cervelet, dans la protubérance annulaire ou la moelle, et que toutes ces parties communiquent directement avec la moelle épinière, comme le prouve la plus facile des préparations du cerveau. D'un autre côté, dans les cinq observations en question, l'altération ne s'étendait pas au-delà du corps calleux, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Or, de chaque côté, le

corps calleux se prolonge transversalement dans les deux hémisphères du cerveau par des fibres qui vont jusqu'aux circonvolutions, en croisant la direction de celles qui communiquent avec la moelle épinière. En avant et en arrière, le corps calleux se recourbe sur lui-même pour embrasser la double origine du pilier antérieur et les deux piliers postérieurs de la voûte, ainsi que le septum lucidum, qui s'y perd sur la ligne médiane. Toutes ces parties sont donc renfermées entre la face inférieure et les deux replis du corps calleux, lequel ne communique qu'avec les hémisphères du cerveau. Ainsi, dans ces cinq observations, aucune des parties affectées n'avait de communication directe avec la moelle; et comme cette circonstance est exactement la même dans toutes, et que ce sont les seules dans lesquelles nous n'ayons pas observé de paralysie, il est évident que c'est à elle seule qu'il faut attribuer l'absence de ce symptôme. Mais, puisque ces parties ne communiquent pas avec la moelle, comment leur inflammation a-t-elle pu déterminer des convulsions? De la même manière que les inflammations de l'arachnoïde : en produisant une irritation dans les parties voisines. Ainsi l'absence de paralysie, dans ces cas, s'explique par la disposition anatomique des parties malades. Je ne puis examiner ici les autres symptômes de ces observations; nous y reviendrons en traitant de l'hydrocéphale.

§. XXV. L'anatomie pathologique ne serait qu'une étude de pure curiosité, si elle se bornait à la description des altérations morbides; il ne suffit pas

non plus de chercher les symptômes qui peuvent les faire reconnaître pendant la vie ; il faut arriver à la cause de ces altérations, et surtout au meilleur mode de traitement possible : car c'est, en dernière analyse, le but vers lequel doivent tendre tous nos efforts. Aussi, quoique j'aie attaché quelque importance à l'étude des symptômes propres à faire distinguer les *ramollissemens* du cerveau des hémorrhagies cérébrales et des inflammations des méninges, j'en ai attaché davantage à vous démontrer que ces *ramollissemens* étaient le résultat d'une inflammation ; parce que l'opinion qu'on se forme de la nature d'une maladie influe inévitablement sur la manière dont on la traite : le médecin le plus empyrique se forme toujours une idée quelconque de la maladie qu'il veut guérir, et de la manière d'agir des moyens qu'il met en usage pour y parvenir : seulement il est probable que celui qui la traitera avec plus de succès, sera celui qui en connaîtra mieux la cause, le siége et la nature. Cependant, comme le traitement qui paraît le plus rationnel n'est pas toujours celui que confirme l'expérience, consultons directement les faits. D'ailleurs, suivant l'expression très-juste d'Hippocrate, *naturam morborum ostendit curatio.*

Malheureusement, parmi les observations qui ont été recueillies dans l'intention d'éclairer l'anatomie pathologique, il en est peu dans lesquelles le traitement soit indiqué d'une manière convenable. Celles de Morgagni et de M. Dan de la Vauterie en font à peine mention. Le docteur Abercrombie ne fait que l'indiquer en masse. Nous ne pouvons

tirer parti que des observations dans lesquelles le traitement est indiqué jour par jour, puisque ce sont les seules dans lesquelles nous pouvons en suivre les effets immédiats. Étudions d'abord quels ont été ceux de l'émétique.

La malade du n° 9, lettre 2, n'offrait à son entrée à l'hôpital d'autres symptômes d'une disposition à quelque affection cérébrale, qu'une exaltation morale assez remarquable : un émétique fut prescrit pour quelque signe d'embarras gastrique, il produisit de longs et violens efforts de vomissemens, à la suite desquels elle éprouva des convulsions, et resta hémiplégique; la mort survint trois jours après. Outre l'affection du cerveau, nous avons trouvé dans l'estomac et le commencement des intestins grêles des traces d'une inflammation récente de la membrane muqueuse.

La malade du n° 17, lettre 2, avait les traits altérés, l'œil inquiet, l'air étonné, comme stupide : l'état de la langue fit prescrire un émétique; il produisit des efforts considérables, mais infructueux, de vomissemens, suivis bientôt de mouvemens convulsifs, de délire violent, de paralysie générale......; la mort survint dans la nuit. L'estomac était distendu par une grande quantité de gaz....., membrane muqueuse, depuis le cardia jusqu'à environ cinq pouces au-dessous, d'un rouge vif et comme boursoufflée; même altération dans la même étendue vers le pylore, mais d'un brun foncé.

La malade de M. Avisard (l. 2, n° 1, §. VII) était à l'agonie quand on l'apporta à l'hôpital; mais on sut qu'elle

avait pris plusieurs fois l'émétique. L'estomac était contracté sur lui-même; la membrane muqueuse était, ainsi que celle du duodénum, couverte de plaques rouges.

Une autre (lettre 2, n° 8, §. III) avait pris aussi plusieurs doses d'émétique, sans pouvoir obtenir d'évacuations; l'estomac et les intestins, distendus par des gaz, offraient la même altération que dans le cas précédent.

Le malade n° 17, lettre 1re, prit, deux jours après son entrée, quatre grains d'émétique.... ; le soir, augmentation de tous les symptômes.... ; mort la nuit suivante. On n'a point examiné l'estomac.

La malade de M. Cruveilhier (note, pag. 101), après avoir pris deux pilules purgatives, eut l'imprudence de manger des asperges et de boire du vin : aussitôt vomissemens, selles et urines involontaires, assoupissement, etc. Mort deux jours après. Membrane muqueuse de l'estomac couverte de larges plaques ecchymosées, d'un rouge vif, surtout vers l'orifice œsophagien. J'assimile ce cas à ceux dans lesquels l'émétique a été adminirtré, parce que l'impression a été la même sur l'estomac, et que les efforts de vomissemens ont produit le même effet sur le cerveau.

Dans l'observation 15, let. 1re, vous remarquerez que la malade, après avoir pris quatre grains d'émétique, n'eut que quelques selles dans la journée; et le lendemain les symptômes cérébraux avaient augmenté.

La malade du n° 12, lettre 1re. n'avait qu'une paralysie incomplète du côté droit, sans aucun autre symptôme, lorsqu'on lui donna deux grains d'émé-

tique, qui produisirent des vomissemens abondans, Dans la journée, agitation considérable; la malade veut sortir de son lit. Le soir, face plus animée. Le lendemain, figure *jaunâtre* (émét. deux grains, sulf. de soude ℥ iij); face plus animée, exacerbation le soir. Troisième jour, *roideur tétanique* du muscle sterno-mastoïdien paralysé, figure affaissée (décoct. de quinquina, eau de Rabel, extrait de quinquina); agitation, face injectée, *langue rouge*, *peau brûlante*, *fièvre*, *roideur du bras paralysé*. Quatrième jour (même traitement), augmentation des symptômes spasmodiques, écume à la bouche. Mort deux jours après. L'estomac était fort rétréci, sa membrane muqueuse très-rouge et granuleuse à sa surface ; même altération de celle des intestins grêles. Je dois vous rappeler que cette femme avait dans l'hémisphère gauche un petit épanchement de sang autour duquel la substance cérébrale était d'autant plus ramollie, qu'on l'examinait plus près du caillot. N'est-il pas probable qu'avant l'administration de cet émétique et de cet éméto - catartique, elle n'avait qu'un léger épanchement, et que l'inflammation du cerveau, qui s'est développée autour du caillot, a été déterminée par le traitement, sous l'influence duquel elle a augmenté de jour en jour, comme le prouvent les symptômes? N'est-il pas probable que c'est ce même traitement qui a produit la gastro-entérite, dont les symptômes n'ont paru qu'après trois jours? Je vous ai rappelé en détail cette observation, parce qu'elle est une des plus concluantes que je connaisse, par les

rapports qui ont existé entre les causes et les effets.

Ainsi, de ces huit malades, deux n'avaient que des symptômes précurseurs d'affection cérébrale, et de violens efforts de vomissemens ont été suivis de convulsions, de délire, etc., et d'une mort prompte : chez celle qui n'avait qu'une légère apoplexie, ils ont déterminé une inflammation autour du caillot; chez les autres, les symptômes cérébraux ont été sensiblement augmentés. Il faut attribuer ces funestes effets à la congestion qui s'est opérée vers la tête, dans les efforts qu'ont fait les malades pour vomir. Cette congestion se manifeste assez par la coloration des joues, et tient à la suspension des mouvemens de la respiration. Vous remarquerez aussi que la plupart de ces malades n'ont pas vomi, quoique quelques-uns aient pris jusqu'à quatre grains d'émétique. Je vous ai déjà expliqué la cause de cette difficulté du vomissement, dans les cas d'affection cérébrale; maintenant vous en voyez les effets. L'expérience a démontré depuis long-temps qu'une grande quantité d'émétique introduite dans l'estomac pouvait ne pas produire d'accidens graves, pourvu qu'elle pût être vomie; c'est ainsi qu'il arrive (et j'en ai vu un grand nombre d'exemples dans les salles de l'Hôtel-Dieu) que des individus qui avaient pris jusqu'à dix-huit et vingt-quatre grains d'émétique pour s'empoisonner, n'ont eu que deux ou trois vomissemens sans en éprouver de suites graves. Mais il n'en est pas de même quand l'émétique, ne pouvant être vomi, reste en contact avec la membrane muqueuse de

l'estomac et des intestins. Si un grain d'émétique délayé dans une pinte d'eau et pris dans la journée, peut produire plusieurs selles, jugez de l'effet que peuvent produire sur l'estomac quatre grains dissous dans un véhicule peu abondant; et soyez étonné après cela des inflammations qu'on trouve sur la membrane muqueuse, de la rougeur, de la sécheresse de la langue, etc.; en un mot, des *fièvres adynamiques* qui se manifestent si souvent sur la fin des affections cérébrales, et en particulier des apoplexies; surtout si vous réfléchissez que quand on aperçoit cette rougeur, cette sécheresse de la langue, comme le ventre est *souple*, *indolent*, on administre les toniques les plus énergiques avec une grande sécurité.

Ainsi l'émétique, à la dose ordinaire et à plus forte raison à haute dose, augmente les affections cérébrales lorsqu'il produit des vomissemens, et provoque l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale lorsqu'il n'est pas vomi.

Voyons maintenant quel a été l'effet du traitement tonique.

La malade du n° 11, lettre 1re, avait, le jour de son entrée, une paralysie incomplète du côté *droit*, sans aucun symptôme spasmodique. (Déc. de café, arnica, acét. d'ammon., sirop de kk., 2 sang. derriere chaque oreille.) Le soir, roideur des membres paralysés quand on veut les étendre; dans la nuit, mouvemens convulsifs de la face et du cou, qui augmentent le matin. (Valér., arnica, sirop de kk., 24 grains de camphre.) Aux autres symptômes se joint

une roideur tétanique du cou. Notez que chez ce malade, comme chez la femme que je vous ai citée en dernier lieu (l. 1re, n° 12), il existait dans l'hémisphère *gauche* deux petits caillots, et un peu plus loin une inflammation avec suppuration. Vous voyez que les mêmes causes ont produit les mêmes effets, car ce malade n'avait aussi, le jour de son entrée, qu'une apoplexie faible, et les symptômes d'inflammation ont suivi de près l'administration des toniques.

La malade du n° 14, l. 1re, fut traitée par les sudorifiques, l'acétate d'ammoniaque, le sulfate de soude à la dose de ℥ ij, les lavemens purgatifs et le vin de quinquina. Au bout de quatre jours, apparition des symptômes adynamiques qui augmentent jusqu'à la mort, malgré le traitement tonique et dérivatif le plus énergique. A l'autopsie, la membrane muqueuse gastro-intestinale offrit des traces d'inflammation.

Voyez aussi l'observation n° 6, l. 1re : la malade prenait 18 grains de camphre et de l'extrait de quinquina; les symptômes ont toujours été en augmentant.

Enfin quelquefois on a employé alternativement ou simultanément les antiphlogistiques et les toniques ou les stimulans. Dans l'observation 7, let. 2, par exemple, on a pratiqué plusieurs saignées, on a mis des sangsues; mais on a donné en même temps une infusion d'arnica, avec un gros d'acétate d'ammoniaque; et je vous ai fait remarquer que chaque évacuation sanguine avait été suivie d'une amélioration notable qui durait de deux à quatre jours, après

quoi les symptômes spasmodiques reparaissaient : une nouvelle saignée était suivie encore d'un calme momentané.

Chez la malade n° 19, let. 2, on a employé successivement les saignées, les bains, les affusions fraîches, auxquels on a joint ensuite le musc, les lavemens purgatifs et éthérés, la décoction de quinquina avec 25 gouttes d'éther, et vous avez vu que pendant les cinq premiers jours les symptômes avaient été successivement en diminuant, et qu'ensuite ils avaient augmenté et singulièrement varié.

Dans l'observation 14, let. 1re, les deux saignées qu'on pratiqua furent immédiatement suivies de bons effets. Il en fut de même chez le malade du n° 16, let. 1re : après chaque saignée, le malade exécuta de légers mouvemens; les pupilles reprirent un peu de mobilité. Les affusions fraîches produisirent aussi de bons effets chez le malade n° 1, let. 2; mais je vous ai fait remarquer qu'il avait beaucoup de peine à se réchauffer. Toutefois ces dernières observations ne sont ni assez nombreuses, ni assez concluantes, pour que nous puissions en tirer des conséquences.

Après avoir examiné les effets immédiats du traitement employé chez les malades qui sont morts, il me reste à vous rapporter des observations dans lesquelles les malades, ayant offert les symptômes les plus caractéristiques de l'inflammation du cerveau, ont guéri. Je n'en connais qu'un petit nombre, et je vous les citerai toutes.

N° 25.

Engourdissement des membres dn côté droit, puis déviation de la bouche à gauche, diminution de la sensibilité, contraction permanente des muscles, surtout à droite; trismus, perte de l'intelligence, coma. En dix-huit heures, saignée de cinq poêlettes, soixante-quinze sangsues, plusieurs livres de glace sur la tête, huit sinapismes; ensuite, continuation de la glace, amélioration successive. Convalescence complète le cinquième jour.

Megnhyel, charbonnier, d'une constitution très-vigoureuse, et grand buveur, avait à plusieurs reprises donné des signes d'aliénation mentale, et se plaignait depuis quelques jours d'un *engourdissement* des membres du côte *droit*, lorsque, le 18 octobre 1820, il rentra, selon sa coutume, dans un état d'ivresse. Pendant la nuit il se plaignit de douleurs dans tout le corps, d'un grand frisson, et se releva pour boire beaucoup d'eau. Le matin on le trouva sans connaissance, et à quatre heures du soir il était dans l'état suivant : coma profond, bouche tirée à gauche, abolition de l'intelligence, diminution de la sensibilité, surtout à *droite;* contraction de tous les muscles, surtout de ceux du côté *droit;* trismus, pouls très-plein, très-dur et point fréquent; respiration naturelle. (Saignée de 5 poêlettes au moins et par une large incision, 26 sang. au côté gauche du cou, sinapismes.) Quelques heures après, 25 autres sangsues, glace sur la tête.

Le lendemain point de changement; on applique encore 24 sangsues, et l'on continue l'emploi de la

glace et des sinapismes. Pendant l'application de la glace, le malade recouvre la sensibilité. Le soir, respiration embarrassée. (Nouvelle application de glace, vésicat. aux cuisses.)

Troisième jour, retour de la sensibilité, de la vision et de l'intelligence ; persistance de la roideur des membres ; commencement des mouvemens volontaires. Nouvelle application de glace, pendant laquelle l'intelligence fait des progrès sensibles. (*Émétique deux grains.*) Le soir, le malade commence à parler, et, quoique la parole soit très-gênée, il parvient à se faire comprendre ; la bouche n'est plus déviée. Dès ce moment le malade se refuse à tout traitement, et quatre hommes vigoureux ne peuvent parvenir à lui faire garder de la glace sur la tête.

Quatrième jour, raison presque complète, parole moins embarrassée, *pour la première fois*, *pouls un peu fréquent*, constipation opiniâtre. (Émétique, un grain ; tartre soluble, demi-once.)

Cinquième jour, convalescence complète.

Huitième jour, le malade reprend ses travaux et son appétit.

Cette observation remarquable m'a été communiquée par le docteur Deslandes, qui a traité le malade. Vous y reconnaîtrez ce mélange de paralysie et de symptômes spasmodiques, qui est, comme vous l'avez vu, le caractère le plus certain des inflammations du cerveau. Ici, les contractions musculaires étaient permanentes, parce que la maladie était très-aiguë. Dans l'observation suivante,

où les causes prédisposantes n'étaient pas les mêmes, elle a marché plus lentement, et les mouvemens convulsifs ont été intermittens.

N° 26.

Mouvemens convulsifs et paralysie du côté gauche de la face, puis du bras droit, déviation des lèvres et de la langue, succession irrégulière des symptômes. Dans l'espace de quatre jours, deux saignées du bras, deux du pied, et vingt-quatre sangsues. Guérison le cinquième.

Fontenelles, âgé de 68 ans, d'une forte constitution, sonneur de cloches depuis que la faiblesse de sa vue ne lui permettait plus d'être imprimeur, éprouva, dans les premiers jours de janvier 1818, *de l'engourdissement dans le côté gauche de la face, avec mouvemens convulsifs des muscles.* Le 13 du même mois, descendant de chez lui, il perdit connaissance, tomba, et ne revint à lui que deux heures après; alors le *bras* droit était *engourdi*, *privé des mouvemens volontaires, quoiqu'agité de temps en temps de mouvemens convulsifs.* Dans la journée, expectoration sanguinolente. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 14, face injectée, yeux larmoyans, lèvres tirées à gauche, langue à droite, respiration difficile, accompagnée de douleurs vers l'appendice xiphoïde; thorax partout sonore, expectoration sanguinolente, vessie distendue, mais se vidant complétement lorsque les efforts du malade sont aidés d'une compression suffisante, exercée sur l'hypogastre.

En pinçant le membre paralysé on y détermine des mouvemens convulsifs, pendant lesquels la main s'ouvre et se ferme avec une grande rapidité. (Saignée du bras.)

Le lendemain, même état. (Saignée du pied, d'une poêlette environ; tamarin, lavement émollient.) Le soir, léger mouvement volontaire du bras, même état de la respiration. (Saignée du pied, de deux poêlettes; quatre heures après, 12 sangsues le long de la veine jugulaire gauche.)

Le troisième jour, pouls moins fort; du reste, même état. (Saignée du bras, 2 poêlettes.) Le soir, mouvemens convulsifs de l'avant-bras, perte de la sensibilité, aphonie. (Sinapismes aux pieds.)

Le quatrième jour, bégaiement léger, trouble dans les idées; le membre paralysé avait recouvré la sensibilité. (12 sangsues au côté gauche du cou.) Le soir, figure pâle, mouvemens convulsifs des muscles de la face, paralysie du sentiment et du mouvement du bras paralysé. (Sinapismes aux genoux.)

Le cinquième jour, réponses justes, face tranquille, état de la poitrine plus satisfaisant; la sensibilité est revenue dans le bras droit, la face est colorée. (Deux bouillons.)

Le sixième jour, quelques mouvemens convulsifs du côté gauche de la face, persistance de la paralysie du mouvement du bras droit.

Le septième jour, le bras droit peut sortir du lit.

Le huitième, tous les symptômes ont disparu.

Le dixième, le malade sort de l'hôpital.

§. I. Je ne pourrais, sans m'exposer à des répétitions fastidieuses, entrer dans les détails des symptômes de cette maladie; vous ferez facilement à chacun d'eux l'application des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer. Je dois seulement vous faire observer que leur croisement bizarre, leur marche inégale et leur succession irrégulière, ont donné à l'ensemble de cette maladie l'aspect incohérent qui a caractérisé celles qui ont été regardées comme des fièvres ataxiques ou pernicieuses, et traitées comme telles.

N° 27.

Contraction permanente et insensibilité du côté droit du corps, roideur et agitation du côté gauche, déviation des lèvres. Le deuxième jour de la maladie, dans l'espace de douze heures, deux saignées très copieuses, vingt-quatre sangsues, applications fraîches sur la tête Le lendemain, convalescence complète.

Dans le commencement de janvier 1814, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle de la Crèche, n° 4, un homme d'environ 24 ans, Auvergnat, d'une forte constitution, qui, à ce que nous dit son frère, était arrivé à Paris depuis douze jours, et s'était amusé avec ses amis en attendant de l'ouvrage. La veille, il s'était plaint de maux de tête violens, et avait paru fort assoupi: on lui avait fait prendre du vin chaud et du sucre. La nuit avait été fort agitée. Le lendemain, il était sans connaissance, et on l'apporta, vers la fin de

la visite, dans l'état suivant : tous les membres étaient fléchis, la main droite était fermée, le poignet touchait à l'épaule, et le mollet à la cuisse ; le bras gauche, quoique roide et fléchi, se portait souvent à la tête ou sous le cou, et restait long-temps dans cette position ; après quoi le malade l'agitait en différens sens, ainsi que sa jambe. Quand on voulait étendre les membres du côté *droit*, on éprouvait une résistance presque impossible à vaincre ; ceux du côté gauche cédaient facilement : quand on pinçait la peau du côté gauche, le malade retirait lentement le membre. Du côté *droit*, il ne donnait aucun signe de sensibilité ; la bouche se déviait à *droite* ; les paupières étaient appliquées l'une contre l'autre, les yeux renversés, divergens, les pupilles contractées. Le malade ne donnait aucun signe d'intelligence ; le pouls était lent et mou, la face peu colorée.

Quelques-unes de ces circonstances firent soupçonner au médecin de la salle une céphalite ; mais d'autres lui firent craindre un commencement de *fièvre ataxique* ou *pernicieuse*. Dans cette incertitude, il prescrivit comme moyen explorateur douze sangsues au cou, et une nouvelle saignée dans la journée, si elles produisaient un bon effet : dans le cas contraire, je devais administrer des toniques et des antispasmodiques énergiques. L'application des sangsues ne fut suivie d'aucun effet sensible. Vers deux heures de l'après-midi, je trouvai le malade dans le même état.

J'avais ouvert, deux mois auparavant, le cadavre de l'individu dont je vous ai rapporté l'observation, lettre 2, n° 3 : après avoir observé les mêmes symptômes, j'avais trouvé une inflammation de l'arachnoïde, et du pus dans le cerveau. Convaincu de l'identité des deux maladies, je pris sur moi de pratiquer la saignée conditionnelle, malgré la faiblesse et la lenteur du pouls, malgré le peu de succès des sangsues. Je fis donc au bras gauche une large ouverture ; et dans quelques secondes, je tirai cinq à six palettes de sang : cette prompte et copieuse évacuation produisit un changement remarquable. Le malade ouvrit les yeux, remua volontairement le bras gauche, le retira sous la couverture, et me tendit la main quand je l'en priai ; mais je ne pus en obtenir aucune réponse. Le bras droit était moins roide, quoique toujours insensible ; la pupille était moins contractée. Vers les cinq heures, je trouvai le malade retombé dans l'assoupissement ; il était dans le même état qu'avant la saignée, avec cette différence que le pouls n'était plus si lent ni si mou ; ce qui me détermina à rouvrir la veine : je tirai encore quatre palettes de sang. Cette saignée produisit le même effet que la première, mais il fut plus marqué. Cependant vers neuf heures, les mêmes symptômes avaient presque reparu, comme après la première saignée ; mais le pouls semblait avoir pris encore plus de consistance. Je fis appliquer douze sangsues au cou, et des compresses trempées dans l'eau froide sur la tête. Vers

onze heures, je trouvai le malade endormi, parlant seul et assez distinctement de pommes, de marrons, etc. Le bras droit était encore roide; mais quand je le pinçai, le malade se réveilla, l'agita brusquement, mais sans pouvoir cependant s'en servir comme du gauche. Avant de me retirer, j'appliquai des sinapismes aux mollets; mais on ne put les maintenir long-temps en place.

Le lendemain matin, je trouvai le malade à son séant, qui demandait où il était, pourquoi on l'avait apporté à l'hôpital, et attendait avec impatience le médecin, pour lui demander à manger. Dans la journée, il se promena dans la salle; et le lendemain, il voulut absolument sortir, parce qu'on ne satisfaisait pas son appétit.

§. I. Vous voyez que dans ces trois observations, les premières saignées ne produisirent qu'une amélioration momentanée, suivie, au bout de deux ou trois heures, du retour des mêmes symptômes. Ce ne fut qu'après les dernières évacuations sanguines que le mieux persévéra, et dès-lors la convalescence fut très-courte. Vous avez dû remarquer aussi que le Megnhyel, n° 25, dont la maladie a marché lentement, et n'a été combattue que long-temps après l'invasion, ne fut hors de danger qu'au cinquième jour; que celui de M. Deslandes, n° 26, qui éprouvait depuis plusieurs jours de l'engourdissement d'un côté du corps, entra en convalescence le troisième jour du traitement; et qu'enfin le dernier chez lequel la maladie débuta plus brusquement, et fut traitée dès le premier jour par des

évacuations sanguines encore plus copieuses que chez les deux premiers, fut guéri le lendemain, et n'eut point de convalescence.

Il est digne de remarque qu'après une première, une seconde saignée, la congestion cérébrale, qui d'abord svait cessé par l'effet de la déplétion sanguine, n'a pas tardé à se reproduire lorsque le malade était un peu robuste. C'est ce que vous avez vu également dans les observations de M. Bricheteau (lettre 1re, n° 16), et de Morgagni (let. 2, n° 14), que je vous ai citées en parlant du traitement. Dans ce cas, le retour des symptômes ne doit donc pas faire renoncer à l'emploi des antiphlogistiques, à moins que le pouls ne soit misérable. Il faut conclure aussi des observations précédentes que c'est dans le début de l'inflammation qu'il est plus facile d'arrêter ses progrès, et plus important d'agir vigoureusement; le tissu du cerveau n'étant point encore désorganisé, si l'on parvient à faire avorter la fluxion sanguine, les fonctions se rétablissent à l'instant, le malade n'a pas de convalescence.

Il est vrai de dire que ces trois malades étaient d'une forte constitution, et que les symptômes spasmodiques étaient très-prononcés. Aussi vous pensez bien que je ne vous donne pas le traitement employé chez eux comme un modèle à suivre dans tous les cas, ainsi que vous pourrez en juger par le suivant.

N° 28.

Chute; quinze jours après, altération des fonctions intellectuelles, paralysie et mouvemens convulsifs du côté *droit;* au bout de huit jours; état d'agonie, sueur froide et visqueuse, respiration stertoreuse, pouls insensible. Application d'eau bouillante aux jambes et aux cuisses, réaction, glace sur la tête, dix sangsues au cou; amélioration, congestion cérébrale, six sangsues, légers purgatifs, enfin quelques toniques. Guérison au bout d'un mois environ.

M. Remy, tapissier à Metz, âgé de 60 et quelques années, depuis long-temps tourmenté par une affection goutteuse qui avait entièrement déformé les doigts des mains et des pieds, travaillant aux décorations du théâtre dans le commencement du mois de septembre 1818, se laissa tomber dans l'orchestre, perdit un instant connaissance, et, bientôt relevé, ne se plaignit que d'une légère douleur de côté, qui se dissipa quelques jours après. Il reprit ses travaux, et cet accident fut oublié. Au bout d'environ quinze jours, on remarqua du trouble dans ses idées, de l'altération dans sa mémoire, de l'assoupissement; la parole devint embarrassée. On appliqua cinq à six sangsues au cou. Bientôt le malade fut obligé de garder le lit : le bras droit était paralysé, et de temps en temps agité de mouvemens convulsifs; le bras gauche se portait habituellement vers la tête, ou bien la main était en mouvement, comme pour ramasser des corps étrangers. Les parens ayant oublié de parler de la chute faite quinze jours auparavant, la maladie fut traitée comme une fièvre essentielle, jusqu'au moment où

cette circonstance fut connue des médecins, c'est-à-dire, jusque vers le neuvième ou dixième jour. C'est à cette époque seulement qu'étant en vacances je vis le malade pour la première fois. Il venait d'éprouver presque coup sur coup deux syncopes si longues et si graves, qu'on avait pu croire un instant qu'il était mort. Les membres du côté *droit* étaient fléchis, ainsi que les doigts : on ne pouvait étendre le bras, ni ouvrir la main sans éprouver de la résistance; la peau était tout-à-fait insensible de ce côté, et à peine sensible de l'autre; les paupières étaient fermées, les yeux renversés, divergens, insensibles à la lumière; perte complète de l'ouïe et de l'intelligence; tout le corps était couvert d'une sueur froide et visqueuse; la respiration était pénible, fréquente, stertoreuse; le pouls avait disparu dans les artères radiales; on sentait à peine les battemens des carotides. Dans cet état désespéré, le malade semblait n'avoir plus que quelques heures à vivre. On ne pouvait rien attendre des moyens ordinaires; les vésicatoires, les sinapismes auraient agi trop lentement et trop faiblement pour réveiller la vie prête à s'éteindre. Je proposai d'appliquer de l'eau bouillante sur les mollets, ensuite sur les cuisses, et en même temps de la glace pilée sur la tête. Cet avis fut adopté par les médecins présens, mais avec répugnance, parce qu'il était en quelque sorte pénible de troubler l'agonie d'un moribond, avec la ferme conviction que les moyens qu'on allait employer seraient inutiles.

Au moment où j'appliquai l'eau bouillante aux jambes, le malade fit un mouvement brusque de tout le corps; le bras gauche s'agita, les paupières s'ouvrirent, le pouls se fit sentir aux bras, et prit de la fréquence; une demi-heure après, lorsque j'appliquai l'eau bouillante aux cuisses, l'effet fut encore plus sensible : la face se colora, le pouls se développa, et devint encore plus fréquent. Alors on appliqua la glace pendant deux heures. Le malade sembla se réveiller; il porta sa main gauche à la tête comme pour en ôter la glace. On la retira quand la peau du front parut très-froide; on la remit dès qu'elle fut réchauffée. Le soir, le pouls était résistant, la face rouge, surtout le nez. (10 sangsues au cou, continuation de la glace pendant toute la nuit.) Le lendemain, bras gauche plus sensible, mouvemens volontaires assez faciles, peu de changement du côté *droit;* respiration plus facile. Le soir, nouvelle congestion cérébrale, semblable à celle de la veille. (Six sangsues au cou, continuation de la glace pendant la nuit.) Le surlendemain, un peu de sensibilité dans la peau du bras droit, (Eau de veau émétisée.) Le soir, plusieurs applications de glace sur la tête.

M'étant absenté pendant huit jours, je fus fort surpris, à mon retour, de trouver le malade à son séant, et mangeant du raisin. On avait continué l'usage de légers purgatifs : quand la figure était un peu plus injectée que de coutume, on appliquait la glace sur la tête. On avait d'abord donné

quelques cuillerées de bouillon, quelques gouttes de vin; le malade avait commencé par entendre, par suivre des yeux les corps qu'on en approchait; ensuite il reconnut à une montre l'heure qu'il était, etc. Bientôt il fut en état de se lever et de marcher. Le bras droit resta plus long-temps faible que la jambe; mais au bout de deux mois, il avait repris toute sa force. Une circonstance que je ne dois pas omettre, c'est que les plaies produites par l'eau bouillante étant très-profondes, suppurèrent considérablement, et furent plus de cinquante jours avant de se cicatriser. Je crois que l'intensité et la continuité de cette inflammation ont contribué pour beaucoup à consolider la guérison.

J'ai vu encore en 1829 M. Remy, il n'a rien perdu de ses facultés intellectuelles, ni de sa vivacité.

Vous conviendrez qu'après tant d'observations terminées par l'ouverture du cadavre, celle-ci est faite pour nous consoler et nous encourager dans les pénibles recherches que nous avons commencées. Quel malade, par son âge, par ses infirmités, a offert moins de ressource à la médecine! Quel malade a jamais paru voué à une mort plus certaine! Cependant l'eau bouillante a réveillé la sensibilité, ranimé la circulation; la glace a diminué l'engorgement sanguin du cerveau. Mais il se fit le soir, pendant plusieurs jours, une congestion cérébrale, contre laquelle, malgré l'extrême faiblesse du malade, j'ai cru indispensable de faire appliquer d'abord dix, puis six sangsues; plus tard, ces congestions

revinrent plusieurs fois avec moins d'intensité, et la glace a suffi pour les dissiper.

Vous avez dû remarquer l'heureux effet des applications froides sur la tête. Je vous rapporterai par la suite un grand nombre d'observations qui ne vous laisseront aucun doute sur l'efficacité de la glace, dans toutes les affections inflammatoires du cerveau et de ses membranes. Voici comment je l'emploie : je la fais mettre dans une vessie, afin qu'elle ne mouille ni le lit, ni le corps du malade; je ne la fais remplir qu'à moitié, pour qu'elle s'étale et se moule sur la convexité du front. Tant qu'il reste un morceau de glace, la température moyenne du liquide étant à zéro, il est inutile de la renouveler. Au bout de deux heures, plus ou moins, la peau du front est très-froide; il faut la laisser se réchauffer pendant un quart-d'heure ou une demi-heure; mais aussitôt qu'elle est chaude il faut réappliquer la glace, parce que sans cela la réaction qui commence à s'opérer amènerait une vive congestion vers la tête, et l'on aurait produit plus de mal que de bien. Les effets de la glace sont très-prompts et très-énergiques; on peut l'appliquer dans les cas même où la débilité est extrême, parce qu'elle ne produit pas un effet général comme les bains froids, comme les affusions froides. Son action étant locale et peu étendue, il ne peut en résulter de ces refroidissemens universels dont on a tant de peine à tirer les malades; par conséquent, on n'a pas à craindre de produire d'autres maladies en voulant

guérir celle du cerveau. Enfin, l'emploi de la glace est possible et même facile dans toutes les circonstances : on ne peut, à beaucoup près, en dire autant des bains froids et des affusions. La glace convient surtout dans les cas où l'on n'ose pas saigner, parce qu'elle diminue la congestion cérébrale sans soustraire de l'économie des matériaux dont la réparation est difficile. C'est, avec la saignée, le moyen le plus efficace qu'on puisse employer contre les affections cérébrales; viennent ensuite les dérivatifs les plus énergiques. Mais mon intention étant plutôt, en ce moment, de vous rapporter des observations de guérison que de discuter le traitement des inflammations du cerveau, dont nous nous occuperons avec plus d'avantage après avoir étudié les abcès, je ne pousserai pas plus loin cette digression.

N° 29.

M. Rochoux, dans son ouvrage sur l'*Apoplexie*, page 135, a rapporté, sous le titre d'*affection comateuse*, *probablement nerveuse*, une observation qui est certainement une inflammation du cerveau, terminée par guérison. En voici les principales circonstances.

« Anne Mayeux, âgée de 50 ans, adonnée aux liqueurs spiritueuses, sujette depuis quelques années à des espèces d'accès d'épilepsie, qui revenaient à des époques variables, perdit tout à coup connaissance dans la nuit du 8 janvier 1811. (Antispas., vésicat. entre les épaules.)

» Le 13, jour de son entrée à la maison de santé, la malade ne parle pas, paraît ne pas entendre : immobilité habituelle ; par intervalle, quelques secousses convulsives du côté gauche, visage coloré, respiration peu gênée. Pouls, 90 pulsations. (Six sang. aux tempes.)

» Le 14 et le 15, même état. (Léger purgat., julep antispasm.)

« Le 16 et le 17, visage moins coloré, un peu d'intelligence, articulation de quelques mots sans suite. (Même prescrip.)

» Le 20, augmentation de l'intelligence ; bégaiement, mais discours assez suivis ; langue un peu tournée à droite, pouls 78, ventre libre. (Même prescrip.) Dans la soirée, la malade boit de l'eau-de-vie, que lui procurent des personnes de sa connaissance. Alternatives d'assoupissement, de délire et d'agitation jusqu'au 24. (Julep antis., sinap.)

» Le 25, retour de l'intelligence, douleur de tête.

» Le 26, mouvemens libres et faciles de tous les membres ; plus de douleurs de tête.

» Vers le 29, parole beaucoup plus distincte.

» Le 3, la malade marche, elle éprouve des douleurs vagues dans les membres du côté droit, avec sentiment de chaleur et de fourmillement, etc. Enfin, elle sort guérie le 28 février. »

M. Rochoux pense, avec raison, que, « malgré la promptitude de son développement, malgré la persistance de la perte de la connaissance, cette maladie a

présenté dans sa marche, et surtout dans sa terminaison, tant de différence avec l'apoplexie, qu'on ne saurait douter qu'elle ne soit d'une autre nature. » Nous pouvons, je crois, ajouter maintenant que c'était une inflammation du cerveau, précédée probablement d'une affection chronique de l'arachnoïde.

Le traitement n'a consisté qu'en six sangsues, juleps antispasmodiques, poudre catartique et sinapismes; mais on n'a administré ni toniques, ni stimulans; et vous avez vu que, pour avoir bu de l'eau-de-vie, elle eut une rechute grave qui dura quatre jours.

Ainsi les effets immédiats du traitement, dans les cas où les malades ont succombé et dans ceux où ils ont guéri, s'accordent parfaitement avec les altérations pathologiques et les symptômes, pour démontrer la nature inflammatoire des ramollissemens du cerveau. Vérité bien importante, puisqu'elle est d'une application immédiate et continuelle dans la pratique, et bien consolante, puisqu'elle nous laisse l'espoir d'être plus heureux en suivant un traitement opposé à celui qui est généralement adopté, surtout dans les cas où la maladie est compliquée, suit une marche irrégulière, intermittente, *ataxique*, etc.; et cet espoir est pleinement confirmé par les observations de guérison que je vous ai rapportées.

Il nous reste maintenant à savoir de quelle manière se termine l'altération du cerveau, lorsque le malade guérit, ou, si vous aimez mieux, quelles sont

les modifications que la maladie apporte dans le tissu du cerveau, quelles sont les traces qu'elle y laisse. Je suis assez heureux pour pouvoir vous offrir une observation dans laquelle ce problème intéressant me paraît résolu d'une manière incontestable; je la dois à M. Legouais, élève interne de l'hôpital des enfans.

N° 30.

Hémiplégie incomplète du côté *droit* : guérison. Quatre mois après, faiblesse des jambes, paralysie du mouvement, ensuite de la sensibilité, qui s'étend à l'abdomen et à la poitrine; gêne de la respiration, augmentant jusqu'au seizième jour. Mort. Endurcissement d'une petite portion de l'hémisphère *gauche*, épanchement de sang entre la dure-mère et les vertèbres, surtout à la partie inférieure du cou; dans cet endroit, augmentation de volume de la moelle, rougeâtre à l'intérieur, désorganisée dans l'étendue d'environ un pouce, et réduite en une espèce de bouillie.

Marie Machelein, âgée de 14 ans, grande, mais d'une constitution faible et lymphatique, avait été traitée à l'hôpital des enfans pour une hémiplégie du côté *droit*, *presque complète*, et survenue sans cause connue : elle sortit de l'hôpital à peu près guérie, mais seulement un peu faible. Quatre mois après, dans les premiers jours de mai 1815, on remarqua une plus grande faiblesse dans les jambes; peu à peu elle fut portée au point que, le 12 mai, la malade avait entièrement perdu la faculté de mouvoir les membres inférieurs. Peu de jours après, la

peau de ces parties avait perdu la sensibilité; en même temps, la respiration était devenue plus difficile. Le 15 mai, à ces accidens se joignit de la fièvre. Le 20 mai la malade fut apportée à l'hôpital de la Maternité, dans l'état suivant : décubitus constant sur le dos (cette situation avait déjà déterminé une escarre au sacrum); face rouge et animée, chaleur vive de la peau, pouls fréquent et développé, langue rouge, respiration fréquente et gênée, toux difficile et parfois totalement empêchée par un sentiment d'oppression douloureuse vers la partie supérieure et moyenne de la poitrine, immobilité et insensibilité complètes des membres inférieurs, émission involontaire de l'urine et des matières fécales, sensibilité très-obtuse des parois de l'abdomen, qu'on peut pincer fortement, sans que la malade éprouve d'autre sensation que celle du contact; faiblesse et tremblement du bras *droit*, autrefois paralysé; pendant la nuit, redoublement de la fièvre, malaise, anxiété considérable.

Le 21 mai, *neuvième jour*, mêmes symptômes. (Saignée du bras de six onces, infus. de fleurs pectorales, eau d'orge avec oximel, émulsion.) Dans la journée et le soir, état général meilleur, visage moins animé, chaleur de la peau presque naturelle, pouls à peine fébrile, mais toujours fort développé; langue de couleur naturelle; respiration beaucoup plus facile, peu de toux; du reste, même état des membres, évacuations toujours involontaires, nuit plus tranquille, sommeil.

Dixième jour. Sueur bornée aux parties supérieures du corps; douleur vers la partie inférieure droite de la poitrine, et la région du foie, n'augmentant point par la pression, non plus que celle du sternum; développement sur les jambes de plusieurs phlyctènes, du volume d'une noisette; point de changement dans les autres symptômes de la veille. (Même prescription, moins la saignée.)

Onzième jour. Point de fièvre, faiblesse générale un peu augmentée, respiration plus pénible, plus faible; l'insensibilité de la peau s'est étendue jusqu'au niveau de la base de la poitrine, dont les parois restent presque immobiles dans les mouvemens de la respiration; elle paraît se faire entièrement par le diaphragme; toux fréquente, faible, laborieuse. En examinant attentivement le rachis, on croit reconnaître une saillie plus marquée qu'à l'ordinaire vers la partie inférieure de la région du cou. (Deux cautères sur les côtés de cette tumeur; emploi du galvanisme pendant environ vingt minutes; frictions sur les jambes et le tronc avec l'éther acétique; potion éthérée, eau de tilleul avec liqueur d'Hoffmann, décoction de quinquina avec la rhubarbe.) Vers la fin de l'action de la pile galvanique, la malade éprouve des sensations douloureuses, des tiraillemens dans les jambes et les cuisses : pendant le reste du jour, la sensibilité semble un peu revenue dans ces parties, surtout à gauche, où la malade sent très-bien quand on pince un peu fortement la peau; le pouls est plus fréquent que la veille; la peau est brûlante (Le soir, très-large vésicatoire à la région dorsale.)

Douzième jour. Peu de changement. (Même prescription ; l'action du galvanisme employé dans différentes directions, n'a presque pas été sentie.) Dans la journée, point d'amélioration , paroxysme fébrile le soir.

Treizième jour au matin. La peau du membre inférieur gauche est de nouveau insensible ; celle des parois de la poitrine jusque vers son tiers inférieur l'est devenue aussi. (Même prescription; de plus, deux sinapismes aux jambes.) Vers deux heures, la respiration devient tout à coup excessivement laborieuse , suffocante; le visage pâlit, la syncope est presque complète et dure un quart-d'heure. Le reste de la soirée, faiblesse générale, pâleur extrême, pouls petit, très-fréquent.

Quatorzième jour. La paralysie des parois de la poitrine fait des progrès ; redoublement fébrile ; du reste, mêmes symptômes. (Valériane avec liqueur d'Hoffmann , arnica, potion avec l'alcool nitrique, quatre sangsues à l'anus, vésic. à une jambe, friction avec l'éther acétique , galvanisme.) Après l'emploi de ce dernier moyen, la sensibilité semble revenir un peu dans le membre inférieur gauche.

Quinzième jour. Augmentation de tous les accidens; paralysie complète des mouvemens de la poitrine, insensibilité de la peau qui la recouvre. (Même prescription ; de plus , sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses , sinap.) Dans la journée, seconde syncope, plus forte et plus prolongée que la première.

Le 28 mai, *seizième jour*. Respiration excessivement laborieuse, pâleur livide et altération des traits de la face, suffocation imminente, Mort à onze heures du matin.

Autopsie cadavérique. Tête. Le cerveau et ses membranes étaient dans l'état naturel ; seulement une portion de la substance médullaire de l'hémisphère *gauche*, immédiatement au-dessus du ventricule latéral, avait subi une altération remarquable; dans l'étendue d'environ un pouce et demi en longueur, d'un pouce en largeur, sur deux à trois lignes d'épaisseur, elle était *endurcie* au point d'offrir de la résistance sous le scalpel. On peut se faire une idée assez exacte de sa consistance, en la comparant à celle du *fromage de gruyère*.

Canal vertébral. Epanchement entre les parois du canal et la dure-mère, d'un sang coagulé, en partie infiltré dans le tissu cellulaire du canal, très-abondant vis-à-vis des dernières vertèbres cervicales, occupant cependant toute la région du cou et le tiers supérieur de la région dorsale, et colorant en rouge la dure-mère avec laquelle il était en contact. Vis-à-vis de la septième vertèbre cervicale, et à l'endroit où, pendant la vie, on avait cru apercevoir une saillie des apophyses épineuses de quelques vertèbres, la moelle présentait un renflement marqué, plus considérable qu'à l'ordinaire : incisée dans cet endroit, sa substance était dans un état de désorganisation complète; son tissu, rougeâtre, était réduit, dans l'étendue d'en-

viron un pouce, en une espèce de bouillie : au-dessus et au-dessous, la moelle avait son organisation ordinaire ; inférieurement, on trouva entre elle et ses membranes de la sérosité.

Poitrine. Adhérences anciennes du poumon gauche avec les côtes, etc. Disparition de la cavité de la plèvre ; bronches gorgées de mucosités.

Abdomen. Foie volumineux, plein de sang.

Il n'est pas dit qu'on ait ouvert l'estomac et les intestins.

§. I. Vous voyez que cette malade a éprouvé d'abord une hémiplégie *incomplète* du côté *droit*, et que l'altération du cerveau existait à *gauche* : cette altération était donc la suite de la maladie qui avait, quatre mois avant, produit l'hémiplégie. Mais était-ce un épanchement de sang ou un *ramollissement* du cerveau? Les symptômes ne peuvent guère nous aider à décider cette question, parce qu'on observe quelquefois, dans les apoplexies, des paralysies incomplètes. Mais, quatre mois après une apoplexie, il est rare que la totalité du sang épanché soit absorbée; et dans tous les cas on trouve, après l'absorption, ou un kyste rempli de sérosité, ou une cavité irrégulière, traversée par des filamens comme celluleux, ou une espèce de cicatrice, résultant du rapprochement des parois du foyer, unies également par une espèce de tissu cellulaire. La substance cérébrale environnante est d'un brun rougeâtre plus ou moins foncé, etc. L'altération trouvée chez cette malade n'offrait rien de semblable.

Quatre mois après cette hémiplégie, il se développa dans la moelle une altération circonscrite qui avait tous les caractères des ramollissemens de la substance cérébrale, et s'est manifestée par une série de symptômes analogues. N'est-il pas très-probable, pour ne pas dire certain, que la première maladie était de même nature que la seconde, puisque ce n'était pas une apoplexie; que cet endurcissement particulier de la substance cérébrale a été le résultat d'une inflammation circonscrite; la suite, en un mot, d'un *ramollissement* partiel du cerveau?

§. II. Vous avez remarqué, sans doute, que ce ramollissement de la moelle présentait tous les caractères d'une inflammation; beaucoup de sang était infiltré dans le tissu cellulaire qui environnait la dure-mère; la partie de la moelle qui était ramollie avait un aspect rougeâtre, et offrait un renflement plus marqué que de coutume. Si nous n'avons pas remarqué de tuméfaction, proprement dite, dans les cas de ramollissement du cerveau, c'est que cet organe remplit plus exactement la cavité du crâne que la moelle ne remplit celle du canal rachidien; et ce qui prouve que c'est au défaut d'espace qu'il faut attribuer, dans le premier cas, l'absence de la tuméfaction, c'est qu'on trouve souvent les circonvolutions qui recouvrent les ramollissemens du cerveau, aplaties: cet aplatissement est surtout bien prononcé dans les cas où la suppuration a pu se réunir en foyers, ainsi que vous le verrez dans la lettre suivante. Je n'examinerai pas ici les symptômes pro-

duits par l'affection de la moelle; j'y reviendrai quand nous nous occuperons des maladies de cet organe; ils sont, au reste, faciles à expliquer.

Voici une observation qui a beaucoup d'analogie avec celle de Marie Machelein.

N° 31.

55 ans : hématurie périodique, accès avorté; deux jours après, diminution de la mémoire, céphalalgie frontale, déviation de la bouche à *gauche*, parole embarrassée, amélioration sensible. Mort subite cinquante jours après l'invasion. — *Adhérence de la dure-mère à l'arachnoïde, et de l'arachnoïde au cerveau vis-à-vis du lobe antérieur* gauche, *endurcissement de la substance grise, ramollissement de la substance blanche, affection de la vessie.*

Biriat, âgé de cinquante-cinq ans, tailleur, d'une constitution grèle, sujet, depuis plusieurs années, à une hématurie abondante, qui revenait à des époques assez éloignées, sans altérer sa santé, éprouva, le 6 janvier 1818, une nouvelle hémorrhagie, qui se supprima presqu'aussitôt. Deux jours après, on s'aperçut d'une diminution notable dans la mémoire du malade; il se plaignait d'une douleur fixe et profonde vers la partie antérieure de la tête. Lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu, le 6 février, près d'un mois après l'apparition des premiers symptômes, la commissure *gauche* des lèvres était un peu tirée vers l'oreille du même côté. La langue sortait sans dévier à droite ni à

gauche. Cependant la parole était embarrassée, la mémoire confuse; le malade oubliait ce qu'il venait de dire; ses réponses, quoique justes, étaient tardives; pouls petit et vibrant; du reste, la sensibilité et la myotilité étaient intactes, bon appétit, sommeil tranquille (boisson laxative et délayante, application de douze sangsues à l'anus) : amélioration sensible pendant onze jours. Dans la nuit du douzième jour, on trouva le malade mort dans son lit, sans que rien eût annoncé une fin aussi prochaine.

Autopsie cadavérique. La dure-mère était adhérente à l'arachnoïde dans l'étendue d'une pièce de trente sous vers la partie antérieure de l'hémisphère *gauche*; dans cet endroit, la substance corticale, adhérente à l'arachnoïde, était endurcie, comme cartilagineuse ou squirrheuse. Au contraire, toute la substance blanche sousjacente de ce même lobe antérieur gauche était considérablement ramollie. Le reste de cet hémisphère, ainsi que tout celui du côté opposé, étaient de consistance naturelle, mais fortement injectés.

Les parois de la vessie étaient très-épaisses, et à *colonnes*; la membrane muqueuse offrait ça et là des points rouges. Les veines de cet organe étaient beaucoup plus dilatées qu'à l'ordinaire.

§. I. Je ne m'arrêterai pas ici à l'hématurie périodique, dont la suppression précéda l'apparition des symptômes cérébraux, ni à l'état rémarquable de la vessie. Il suffit de vous indiquer ces circonstances, pour que vous saisissiez la liaison qui existe entre elles.

Comparons les symptômes observés pendant la vie aux altérations trouvées après la mort.

A son entrée à l'hôpital, le malade n'offrait plus d'autres symptômes d'une affection cérébrale qu'un peu d'affaiblissement dans la mémoire, de l'embarras dans la parole, et une légère déviation de la commissure des lèvres vers le côté gauche; et ces symptômes diminuèrent sensiblement pendant 11 jours, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique; enfin, le malade mourut tout à coup. A l'ouverture du corps, on trouva, du côté gauche, une adhérence ancienne et organisée entre l'arachnoïde et la dure-mère; et vis-à-vis de cette union, la portion du cerveau sous-jacente *endurcie*, adhérente elle-même à l'arachnoïde : ces membranes avaient donc été enflammées, et cette inflammation s'était terminée par l'organisation de l'épanchement albumineux. Le cerveau avait donc participé à cette inflammation, ou plutôt elle en avait été la cause. (Rappelez-vous tous les cas dans lesquels l'arachnoïde, en contact avec une portion du cerveau ramollie, était couverte d'une fausse membrane, exactement de l'étendue du ramollissement.) Ainsi *l'endurcissement* du cerveau a été dû à la même cause que l'adhérence des membranes, et remonte à la même époque; cette adhérence et cet *endurcissement* annoncent donc une inflammation ancienne et terminée par la guérison : c'est d'ailleurs ce que prouvent la date de la maladie et la dimi-

nution notable des symptômes, déjà peu graves lors de l'arrivée du malade. Enfin, au-dessous de cette portion du cerveau endurcie, la substance blanche était considérablement ramollie. C'est, sans contredit, à cette seconde affection qu'il faut attribuer la mort subite du malade. Vous vous rappelez que le prêtre de Vérone, dont parle Morgagni (*Voyez* let. 1re, n° 19), et le voyageur dont Kaaw ouvrit le cadavre (*Voyez* let. 2, n° 4, §. III), sont morts subitement. Vous remarquerez aussi que la substance cérébrale était partout fortement injectée. Cette seconde altération était donc le résultat d'une inflammation récente, qui a succédé à une ancienne, une véritable rechute, comme dans le cas précédent ; avec cette différence, qu'ici l'intervalle qui a existé entre les deux maladies n'a pas été aussi long ni aussi tranché, et que les deux altérations se touchaient et semblaient se confondre ; au lieu que, dans l'autre observation, les deux séries de symptômes et les deux altérations étaient bien distinctes.

N° 32.

On trouve si peu d'observations de *ramollissement* du cerveau dans les auteurs, que j'ai cru devoir vous rapporter dans leur intégrité toutes celles que je connaissais, afin que vous puissiez juger jusqu'à quel point elles sont conformes à celles qui me sont propres, ou qui m'ont été communiquées. J'ai voulu vous donner la certitude que je n'ai pas,

comme cela n'arrive que trop souvent, choisi dans un grand nombre de faits ceux qui venaient à l'appui d'une opinion préconçue, en négligeant tous les autres, ou cité d'une observation les seuls passages qui me convenaient. Mais dans la plupart de ces observations, les symptômes sont à peine indiqués, la description des altérations pathologiques manque de précision. Les ouvertures de cadavres sont incomplètes ; il n'est pas question du traitement. C'est surtout aux anciens que ce reproche s'adresse : vous avez vu cembien, en général, les faits que j'en ai cités étaient tronqués. Ils nous ont cependant servi à confirmer ceux qui étaient plus positifs, de même que ces débris de colonnes qui, trouvés au milieu des décombres, peuvent faire deviner le plan et l'architecture d'un monument dont il ne reste plus que des ruines. Cette remarque est peut-être plus importante que vous ne pensez.

Depuis quelques années seulement, on parle des ramollissemens du cerveau ; et plus on s'en occupe, plus ils semblent fréquens. Vous pourriez être tenté de croire que c'est une maladie nouvelle, ou du moins qu'elle est plus commune aujourd'hui qu'autrefois. Mais remarquez d'abord qu'on en a dit autant des maladies de tous nos organes, à mesure qu'elles ont été étudiées avec plus de soin. Depuis les recherches de Bayle, et de MM. Corvisart et Broussais, les phthisies, les maladies du cœur, les inflammations gastro-intestinales ont paru se multiplier d'une manière effrayante. D'un autre côté,

Morgagni a rapporté plusieurs observations de ramollissement, et c'est le seul qui ait attaché quelque importance à cette altération. Faut-il en conclure que cette maladie s'est montrée seulement du temps de Morgagni et de nos jours, ou qu'elle a été plus commune à ces deux époques? Non sans doute; mais il faut en conclure que Morgagni, apportant à l'examen des cadavres une grande patience et une exactitude scrupuleuse, a vu ce qui a échappé à d'autres moins attentifs; que, malgré les éternelles déclamations de ceux qui admirent les anciens, aux dépens des modernes, l'art d'observer et de décrire les maladies fait tous les jours des progrès sensibles.

Si les affections du cœur, du poumon, de la plèvre, du péritoine, des organes digestifs, etc., semblent devenir de jour en jour plus fréquentes, rassurez-vous; par une juste compensation, les *asthmes*, les *dyspnées*, les *consomptions*, les *fièvres hectiques*, *puerpérales*, *saburrales*, *muqueuses*, *lentes*, *nerveuses*, *adynamiques*, *putrides*, etc., etc., diminuent dans la même proportion. Si les maladies aiguës et chroniques du cerveau et de ses membranes paraissent plus communes, on n'observe plus autant de fièvres *ataxiques*, *malignes*, *pernicieuses*, *nerveuses*; *d'apoplexies nerveuses*, *sthéniques* ou *asthéniques* : en un mot, si les anciens n'avaient pas tant de maladies des organes, ils avaient une foule d'affections essentielles, que nous ne voyons plus maintenant. Cela devait être : tant qu'on n'a pas pu reconnaître, après la mort, la cause des symptômes

observés pendant la vie, il a bien fallu, pour s'entendre, pour éviter de longues descriptions, convenir de représenter par un mot l'ensemble des phénomènes qui caractérisaient extérieurement la maladie, et par habitude, on a fini par attacher à cette abstraction l'idée de l'existence d'un être réel, isolé, indépendant de l'économie. Cette marche est celle qu'on a suivie dans toutes les sciences : plus elles ont fait de progrès, plus le nombre des forces et des causes occultes a diminué.

Mais, direz-vous, s'il faut attribuer les symptômes de ces *fièvres ataxiques*, etc., de ces *apoplexies nerveuses*, aux affections du cerveau et de l'arachnoïde, dont on trouve des traces après la mort, que faut-il penser des cas dans lesquels on n'a rien remarqué qui pût expliquer les symptômes observés pendant la vie? Si vous réfléchissez au peu d'attention qu'on a apporté jusqu'à présent à l'étude de ces altérations, vous jugerez de la confiance qu'il faut accorder à certaines observations qui paraissent d'abord concluantes. Ce sont surtout les ramollissemens du cerveau qui ont dû en imposer souvent : vous en avez vu qui n'avaient pas plus d'étendue que le volume d'une noisette, qui n'offraient aucune coloration particulière : il n'est donc pas difficile de concevoir qu'en pareil cas un examen superficiel n'ait pas permis de remarquer une altération si peu étendue, qui ne consistait que dans la diminution de densité d'un tissu aussi mou que celui du cerveau. Dans d'autres cas, la protubérance annulaire seule était affectée; cepen-

dant la paralysie était générale : combien alors n'eût-il pas été facile, après avoir examiné le cerveau et le cervelet dans tous les sens, de croire qu'il n'existait dans la cavité du crâne aucune altération capable d'expliquer les symptômes? Je ne prétends pas rattacher toutes les paralysies, tous les symptômes ataxiques, aux *ramollissemens* du cerveau, ni même à d'autres affections de cet organe; je sais bien que tous les vomissemens ne sont pas dus à une affection directe de l'estomac; mais je dis que la difficulté de reconnaître ces altérations a dû souvent induire en erreur, et que leur étude doit jeter le plus grand jour sur ces maladies.

§. I. L'histoire des *ramollissemens* se lie d'une manière encore plus directe à celle de toutes les maladies du cerveau et de ses membranes, que nous étudierons successivement. En attendant, je vais vous en donner une idée, et c'est par-là que je finirai.

Je ne vous rappellerai pas ce que je vous ai dit des inflammations développées autour des caillots dans les apoplexies, ni des effets de la noix vomique, etc. J'ajouterai seulement à ce qui a rappport aux inflammations qui succèdent à des épanchemens sanguins, qu'on voit souvent des individus guéris d'une apoplexie, éprouver, plusieurs années après, tous les symptômes d'une nouvelle attaque, périr au bout de quelques jours, et ne présenter aucune trace d'un nouvel épanchement de sang. Quelquefois on trouve de la sérosité dans les ventricules, et surtout dans celui du côté opposé à la pa-

ralysie ; et alors il est tout naturel d'attribuer les derniers symptômes à l'épanchement de sérosité. Quand on n'en trouve point, on suppose qu'il s'est fait un épanchement dans la cavité du kyste, qui reste après l'absorption du caillot ; comme si ce kyste pouvait se distendre tout à coup, de manière à produire une compression de l'hémisphère cérébral ; ou bien encore on suppose qu'il s'était formé une cicatrice qui s'est déchirée. Mais quand on observe avec soin, on trouve autour de l'ancien foyer apoplectique la substance cérébrale *jaunâtre*, *très-molle et désorganisée.* Vous concevez dès-lors pourquoi il s'est opéré, dans le ventricule latéral ou à la surface des hémisphères de ce côté, un épanchement de sérosité plus considérable que du côté opposé ; vous concevez que c'est à l'inflammation développée autour de l'ancien foyer, qu'il faut attribuer la rechute et la promptitude de la mort. Je sais que les anciennes apoplexies produisent souvent des affections chroniques de l'arachnoïde, des épanchemens séreux qui peuvent causer la mort après que la première maladie a été guérie ; mais alors la rechute n'est jamais aussi brusque, ni la mort aussi prompte.

Ces réflexions s'appliquent aux apoplexies dites séreuses : lorsqu'elles sont survenues brusquement, lorsque la paralysie n'a affecté qu'un côté du corps, et qu'on a trouvé de la sérosité en plus grande quantité du côté du cerveau ou dans le ventricule opposé à la paralysie, c'est qu'il existait, comme nous le verrons, une inflammation de ce côté du cerveau.

§. II. Les tumeurs qui se développent dans cet organe se manifestent par des symptômes dont la marche est intermittente ou très-lente, puis tout à coup le malade meurt avec des symptômes d'affection aiguë qui sont ceux que nous avons observés dans les ramollissemens, et, à l'ouverture du corps, on trouve autour de la tumeur le cerveau mou, diffluent, etc. Les observateurs exacts ont noté cette altération, mais sans y attacher d'importance. Je ne crois pas qu'aucun en ait reconnu, ni même recherché la cause. Il est évident cependant que le cerveau en contact avec la tumeur a fini par s'enflammer après avoir été long-temps incommodé par sa présence.

On trouve presque toujours la même altération autour des tumeurs cancéreuses, des tubercules scrofuleux, des kystes hydatiques, des abcès enkystés, etc.; et dans tous ces cas on a observé un changement brusque dans la marche de la maladie; elle a pris tout à coup un caractère fâcheux, et les malades n'ont pas tardé à succomber. On ne peut attribuer cette accélération de la maladie, cette apparition subite de nouveaux symptômes, aux corps étrangers trouvés dans le cerveau; ils ne sont pas de nature à pouvoir augmenter subitement de dimension; on ne peut pas supposer qu'ils se sont déplacés. L'inflammation de la substance cérébrale qui environne ces espèces de corps étrangers est la véritable cause de la mort.

§. III. Vous avez vu l'influence des inflammations

du cerveau sur celles de l'arachnoïde, et réciproquement : je ne vous rappellerai pas le rôle important qu'elle joue dans quelques hydrocéphales aiguës.

Vous pouvez juger, par ce court exposé, combien l'histoire des *ramollissemens* du cerveau doit jeter de jour sur le diagnostic des nombreuses affections avec lesquelles il se complique.

LETTRE TROISIÈME.

Abcès récens.

Convaincu de la nécessité de grouper les maladies d'après la plus grande analogie des altérations pathologiques de chaque organe, j'ai cherché à déterminer quels étaient les caractères anatomiques, les symptômes distinctifs, et surtout quelle était la cause ou la nature de l'altération du cerveau désignée sous le nom de ramollissement. J'ai réuni dans la première Lettre toutes les observations dans lesquelles cette désorganisation était accompagnée d'injection sanguine, de coloration plus ou moins rouge de la substance blanche, et plus ou moins foncée de la substance grise, d'infiltration ou d'épanchement de sang. J'ai rapproché dans la seconde les observations dans lesquelles la même altération présentait au contraire une décoloration particulière de la substance grise, une coloration jaunâtre, verdâtre de la substance blanche, ou une infiltration évidente, une collection plus ou moins considérable de pus. J'ai été par-là conduit à rechercher la cause de ces différentes nuances de couleur, à étudier le rôle que joue le sang dans l'une de ces altérations, et le pus dans l'autre, à trouver enfin les points de contact de la première avec les hémorrhagies cérébrales, et les liaisons de la

seconde avec les abcès. Comparant ensuite ces altérations à celles que l'inflammation aiguë produit dans tous les tissus, je vous ai fait voir qu'elles ne différaient que par des circonstances dépendantes de l'organisation du cerveau; que les différentes nuances, depuis la plus simple injection vasculaire jusqu'à la suppuration la mieux caractérisée, correspondaient à des degrés plus ou moins avancés de l'inflammation, suivant l'époque à laquelle la mort est arrivée. L'analyse des symptômes observés pendant la vie, la comparaison des différens traitemens employés, leur influence sur la marche et la terminaison de la maladie, tout a confirmé les inductions fournies par l'anatomie pathologique.

Suivant toujours le même plan, et procédant de la même manière, il me reste à vous montrer les autres degrés de la suppuration du cerveau, depuis cet état dont vous avez déjà vu quelques exemples dans la Lettre précédente, où le pus réuni en petits foyers épars, et encore mêlé aux débris de la substance cérébrale désorganisée, jusqu'à celui où une membrane molle, mince, vasculaire, commence à s'organiser autour du pus. Ces premiers rudimens de membrane nous conduisent aux abcès enkystés dont l'histoire fera le sujet de la Lettre suivante. Dans toutes ces observations de suppuration, vous retrouverez les symptômes caractéristiques du ramollissement; vous les verrez se succéder dans le même ordre, suivre la même marche, et présenter enfin, sous l'influence des mêmes complications, les mêmes phénomènes accessoires. Cette

identité entre les symptômes achèvera de vous démontrer l'identité de la cause qui les a produits.

Cependant, puisque vous regrettez que je n'aie pas cité un plus grand nombre d'exemples de ramollissemens produits par cause externe, que vous croyez plus propres à démontrer la nature inflammatoire de cette altération, je vous rapporterai quelques observations que j'ai cru devoir retrancher des deux Lettres précédentes, pour différens motifs que vous apprécierez. C'est par elles que je commencerai.

Quant aux abcès, il eût été sans doute très avantageux pour l'étude des symptômes de commencer par les cas les plus simples, pour arriver successivement aux plus compliqués; mais les exemples de suppuration du cerveau exempte de toute complication, sont très rares. Nous connaissons déjà les symptômes de l'encéphalite, et il nous sera facile, dans l'analyse que nous en ferons, de faire la part des différentes complications. J'ai donc préféré suivre, dans l'arrangement des faits, les différens degrés de développement des abcès.

N° I.

Enfoncement du crâne, céphalalgie, altération de la mémoire, etc.; délire, mouvemens convulsifs universels, par accès; paralysie progressive des membres *gauches* avec rigidité et douleur. Mort quatre jours après.— *Inflammation de l'arachnoïde* des deux côtés, *et du cerveau* à droite. (Ducrot, *Essai sur la Céphalite*, 1812, Obs. 2.)

M. A***, âgé d'environ 60 ans, eut le crâne enfoncé à la région frontale *gauche* par une pierre lancée avec violence, perdit beaucoup de sang, et put cependant revenir chez lui. Le lendemain, céphalalgie pulsative, altération de la mémoire, réponses justes, parole assez libre, et cependant impossibilité de tirer la langue, pouls faible, accablement. (Émétique en lavage.) Troisième jour, déglutition difficile, soif, chaleur de la peau, fréquence du pouls. Le quatrième, assoupissement, réponses toujours justes. (Large vésicatoire à la nuque.) Cinquième jour, assoupissement plus profond, perte de la parole; le malade entend ce qu'on lui dit, mais ne répond que par des cris; déjections et urines involontaires. Sixième jour, assoupissement plus profond encore, mêmes symptômes. Septième jour, point de changement. Huitième jour, délire, perte de connaissance, mouvemens convulsifs du tronc et des membres, avec distorsion de la bouche et des yeux; renouvellement des accès tous les quarts d'heure. Dans l'intervalle, respiration difficile, ronflement, œil fixe, bouche béante. Le neuvième, à minuit, les convulsions cessent, l'assoupissement diminue et

la connaissance revient ; mais altération de la mémoire et du jugement, léger délire, *commencement de paralysie des membres gauches.* Le dixieme, paralysie complète de ces membres, avec *rigidité et légère douleur* quand on essaie de les écarter du tronc; aspect idiotique du visage, réponses peu justes, illusions d'optique; une secousse convulsive pendant la nuit. Les jours suivans, même état. Le onzième, perte de connaissance, aphonie, immobilité et insensibilité générale; coma, respiration haute, difficile, etc. Mort à onze heures du soir.

Autop. cadav. Enfoncement de deux lignes de profondeur sur deux pouces de surface à la région frontale. A la partie interne et postérieure du lobe *droit* du cerveau, inflammation d'un pouce et demi d'étendue de haut en bas, et d'un demi-pouce dans les autres sens, touchant d'un côté au corps calleux, et de l'autre, à la fosse du cerveau. Cette inflammation etait marquée par une rougeur très-vive et comme sablée de la substance cérébrale. On trouva en outre toute l'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau, opaque, blanche, très-épaisse, et enduite à la surface interne d'une légère couche de matière albumineuse.

§. I. M. Ducrot, dans son excellente Dissertation (1), rapporte cette observation comme un

---

(1) Cette thèse est à peine connue; cependant elle renferme en deux feuilles d'impression plus d'idées neuves et de notions exactes sur l'inflammation du cerveau, qu'une foule d'ouvra-

exemple d'*arachnoïdite*, suivie de *céphalite*. Il attribue très-judicieusement les premiers symptômes, tels que les cris, l'agitation, le délire, les mouvemens convulsifs périodiques, à l'inflammation de l'arachnoïde, et vous avez vu que cette membrane était opaque, blanche, épaisse, par conséquent affectée depuis assez long-temps; que la maladie s'étendait également sur les deux hémisphères, et que les convulsions ont été générales. Il rapporte, au contraire, la paralysie développée, dans les derniers jours, d'une manière lente et progressive, accompagnée de rigidité et de douleur, l'aspect idiotique du visage, la diminution de l'intelligence, à l'inflammation du cerveau : supposition d'autant plus probable, que c'était l'hémisphère droit qui était affecté, et le côté gauche du corps qui était paralysé. Remarquez aussi que l'inflammation n'était encore caractérisée que par une rougeur très-vive et comme sablée de la substance cérébrale, et que les symptômes en question n'ont commencé à se manifester que quatre jours avant la mort.

§. II. Rien de plus clair par conséquent que cette observation : nous y retrouvons les deux séries de symptômes des cas de ramollissemens précédés de méningite. Quant à l'altération du cerveau, elle est

---

ges volumineux qu'on cite tous les jours comme des autorités imposantes. Cet injuste oubli que je me fais un devoir de signaler, tient sans doute à ce que l'auteur n'a fondé ces considérations générales que sur deux ou trois faits qui lui sont propres.

semblable à celle des observations de la Lettre 1re, nos 2, 3 et 9, dans lesquelles la substance cérébrale désorganisée était rosée, rouge ou amaranthe, avec cette seule différence que M. Ducrot ne dit pas que la partie affectée ait été ramollie ; et c'est ce qui m'a empêché de rapporter alors cette observation. A cela près, toutes les autres circonstances sont semblables. Une chose même fort singulière, c'est que le malade du n° 9 avait été, comme celui-ci, frappé à la tête par une pierre, que la contusion avait eu lieu par contre-coup, et que le membre paralysé était également douloureux au toucher.

Le malade ayant éprouvé de la fièvre et une grande gêne dans la respiration, il est fâcheux que M. Ducrot n'ait pas examiné les organes contenus dans la cavité de la poitrine et de l'abdomen.

§. III. Voici une autre observation que je n'ai pas voulu laisser dans la Lettre 1re, parce qu'il n'est pas non plus question de ramollissement de la substance cérébrale.

Un homme, âgé de soixante-huit ans, devenu imbécille, resta dans cet état pendant dix ans, fut ensuite placé à l'Hôtel-Dieu, y séjourna pendant quatorze ou quinze mois, et pendant tout ce temps, gardant constamment le lit, finit, dans cette longue inaction, par perdre l'usage de ses jambes. Un jour qu'il mangeait avec avidité les alimens qu'on lui avait apportés, il fut pris tout à coup d'une espèce de suffocation, tomba à la renverse, et expira au bout de quelques minutes, après deux ou trois *agitations convulsives* du tronc.

A l'ouverture du corps on trouva les deux ventricules latéraux considérablement dilatés et remplis d'une sérosité transparente ; le droit en contenait environ quatre onces, et le gauche environ trois onces. Le corps cannelé gauche, qui faisait une saillie plus élevée que le droit, et toute la substance cérébrale environnante, étaient d'un rouge uniforme, assez foncé dans l'étendue de deux pouces en tous sens; il n'y avait aucun épanchement sanguin dans le cerveau.

M. Dan de la Vauterie, qui rapporte cette observation dans sa Dissertation (*de l'Apoplexie*, etc., 1807), la regarde comme un exemple d'inflammation. Le gonflement du corps cannelé devenu plus saillant et plus élevé que le droit, la rougeur uniforme, assez foncée et circonscrite, de la substance cérébrale, la promptitude de la mort après un mélange de symptômes paralytiques et spasmodiques; toutes ces circonstances annoncent assez le début d'une inflammation aiguë, et l'état antérieur du malade explique assez la promptitude de la mort.

Il est clair que pour étudier successivement les différens degrés de l'inflammation du cerveau, il eût fallu rigoureusement ranger les observations d'après l'état plus ou moins avancé de l'altération, et celle-ci eût dû être placée la première; celle qui précède eût dû venir ensuite; mais nous ne savions pas de quelle nature étaient les ramollissemens du cerveau ; pour le savoir, nous devions les étudier isolément, sans rien préjuger sur leur cause, et il eût été déplacé de commencer nos recherches par des observations dans lesquelles le

trait caractéristique de l'altération, le ramollissement, manquait.

§. IV. J.-L. Petit, pour donner une idée des difficultés que présente quelquefois le diagnostic des *épanchemens* qui se forment sur le cerveau à la suite des percursions du crâne, rapporte une observation qui, tout incomplète qu'elle est, mérite de trouver ici sa place.

N 2.

Percussion du crâne, symptômes de fièvre maligne. Mort le quatrième jour. — *Inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, ramollissement avec injection sanguine.* (J. L. Petit, *Traité des Mal. chirurg.*, etc., page 97.)

Une servante s'étant heurté le front contre le manteau d'une cheminée, tomba et perdit connaissance; elle fut saignée deux fois, et n'éprouva d'autre accident qu'une bosse légère. Au bout de quinze jours, ayant passé deux ou trois heures à mettre une pièce de vin en bouteille, elle eut des frissons et de la fièvre qu'on attribua à la vapeur du vin et à la fraîcheur de la cave. Pendant la nuit, sommeil profond et agité, qui se prolonge dans la matinée, contre l'habitude de la malade, ordinairement très-alerte.

J.-L. Petit, sans avoir connaissance du coup reçu à la tête, prescrivit une saignée du pied, et fit demander le médecin de la maison, qui renouvela la saignée et traita la malade comme ayant une fièvre *maligne*;

« il est vrai qu'elle en avait tous les symptômes appa-
» rens. »

Le troisième jour, J.-L. Petit fut instruit des circonstances du coup, et soupçonna qu'il pouvait être la cause de la maladie, d'autant plus que l'assoupissement durait au même degré depuis trois jours.

« Ayant, dit-il, fait part au médecin de mes ré-
» flexions, il fut de mon avis; mais que faire? *Ex-*
» *cepté l'émétique, que l'on n'aurait pas donné* si l'on
» avait été instruit, tout ce qu'on avait fait convenait
» également pour la fièvre maligne et pour l'épanche-
» ment. » Le front ne présentait ni rougeur, ni gonflement; cependant la malade, quoique profondément assoupie, y portait souvent la main. Elle mourut dans la nuit.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva sous l'endroit
» frappé un abcès du volume et de la forme d'une
» grosse féve de marais, placé entre la dure-mère et
» la pie-mère; le cerveau était *rouge*, *enflammé et*
» *presque sans consistance.* »

§. I. La description de cette altération du cerveau est tout-à-fait semblable à celle des ramollissemens avec injection vasculaire que je vous citais à l'occasion de l'Observation n° 1, puisque le cerveau était *rouge et presque sans consistance.* La contusion du crâne, la suppuration de l'arachnoïde, sont des circonstances qui ne permettent pas de douter que ce ramollissement ait été le résultat d'une inflammation, et cette inflammation était récente, puisque la

malade avait succombé le quatrième jour de la maladie. Dans l'Observation n° 1, les symptômes d'inflammation cérébrale n'ont commencé à se manifester que quatre jours avant la mort, et l'altération était tout-à-fait semblable.

§. II. Quant aux symptômes, il n'est pas possible de les comparer à ceux des autres observations de *ramollissement*, puisqu'ils n'ont pas été décrits, et c'est pour cela que je n'ai pas rapporté cette observation dans la Lettre 1re. Il n'est peut-être pas inutile de remarquer que, s'ils n'ont pas été décrits, c'est parce que J.-L. Petit a considéré cette maladie exclusivement sous un point de vue chirurgical. Nous savons seulement que la malade a offert tous les symptômes *apparens* d'une fièvre *maligne*; aussi, tant qu'on n'a pas eu connaissance du coup, la maladie a été confiée aux soins du médecin, et celui-ci l'a regardée comme une fièvre *essentielle*; dès le moment que cette circonstance a été connue, le chirurgien a soupçonné une affection cérébrale, et la maladie est rentrée dans son domaine; mais dès-lors toute la question se réduisait pour lui à savoir s'il fallait trépaner, et dans quel endroit il fallait appliquer le trépan. Malheureusement il ne trouva ni rougeur ni gonflement à l'endroit qui avait été frappé, et il ne fit rien.

Ainsi la considération la moins importante, celle de la contusion, a fait attribuer les mêmes symptômes, tantôt à une maladie *essentielle*, tantôt à une affec-

tion *organique;* la même maladie a été, tantôt médicale, tantôt chirurgicale : on a cru devoir la traiter par des moyens différens. J'insiste sur tous ces détails, parce que le cas de J. L. Petit n'est qu'un des nombreux exemples que je pourrais citer, de l'influence que la funeste séparation de la médecine et de la chirurgie a eue sur l'étude des maladies du cerveau. Les uns n'y ont vu que des symptômes qu'ils ont appelés *fièvres*, les autres n'y ont remarqué que des lésions traumatiques. Ne vous ai-je pas rapporté dans les deux Lettres précédentes plusieurs observations d'inflammations du cerveau, simples ou compliquées, qu'on avait désignées sous le nom de *fièvres ataxiques*, *nerveuses*, etc.? et la prévention n'a-t-elle pas été poussée au point qu'après l'ouverture du cadavre on a regardé la désorganisation du cerveau plutôt comme un effet de la fièvre essentielle que comme la cause des symptômes? Jugez par-là de ce qui a dû arriver toutes les fois qu'on n'a pas examiné les organes malades; et remarquez bien que quand les mêmes symptômes, les mêmes altérations, ont été observés à la suite d'une lésion extérieure, on n'a pas manqué de les attribuer à une inflammation.

§. III. M. Ant. Petit rapporte (Collect. d'Obs. cliniques, page 236) une observation analogue qui serait fort intéressante, si elle n'était surchargée de détails chirurgicaux, aux dépens de l'exposition des symptômes. Il est question d'un militaire, qui, ayant reçu une balle au front, eut du délire, des convulsions,

des soubresauts dans les tendons, de l'assoupissement, de la tendance à se coucher sur le côté gauche, etc. Après la mort, M. A. Petit trouva une inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde et de la pie-mère : « Le cerveau, dit-il, était réduit en une *pulpe rougeâtre* » dans le point correspondant à l'escarre de la dure-» mère, à une profondeur de quelques lignes seu-» lement. »

Cette altération a tous les caractères des ramollissemens avec injection sanguine, et vous ne pouvez douter qu'elle ne soit le résultat d'une inflammation, puisqu'elle était circonscrite et située sous l'escarre de la dure-mère, produite elle-même par le coup de feu. Mais les symptômes, quoique analogues à ceux qu'on observe dans ces cas compliqués, sont décrits d'une manière trop vague pour mériter notre attention.

N° 3.

Chute sur le côté *gauche* du crâne, perte de connaissance, gangrène de la plaie, fièvre; trente-quatrième jour, paralysie du côté *droit*, aphonie, convulsions des deux côtés. Mort six jours après. — *Méningite avec suppuration à* gauche, *coloration brunâtre du cerveau dans le même point.* (Morgagni, *Epist.* 31, n° 11.)

Une femme âgée de plus de quarante ans tomba du haut d'une échelle élevée, sur la partie latérale et supérieure *gauche* du crâne; après cette chute,

elle resta pendant quelque temps comme morte, ensuite elle parut en parfaite santé, abstraction faite de la plaie des tégumens. Vers le quatorzième jour, la gangrène s'y manifesta et la fièvre survint; peu de jours après, l'une et l'autre disparurent ; mais avant le trentième jour, la fièvre revint de nouveau avec frisson. Le trente-quatrième, la malade eut une attaque d'apoplexie, *avec aphonie et perte de mouvement*, *mais non du sentiment*, dans tout le côté *droit* du corps. Cependant ses mouvemens de tête indiquaient qu'elle comprenait ce qu'on disait. Des convulsions comme épileptiques agitaient de temps en temps toutes les parties du corps, et n'épargnaient pas plus le côté paralysé que le gauche; enfin elle mourut vers le quarantième jour.

La table externe du crâne, dans le point correspondant à la contusion (à gauche, par conséquent), était fracturée, en demi cercle : la table interne était intacte. L'arachnoïde sous-jacente était sanieuse; dans le même endroit, le cerveau était d'un brun pâle; les ventricules étaient sains, ainsi que tout le côté droit du cerveau.

§. I. Vous voyez que la fièvre n'est survenue qu'au moment où la plaie s'est gangrénée. Les symptômes d'inflammation du cerveau n'ont commencé à se manifester que vingt jours après; ce n'est donc pas à l'affection cérébrale qu'on peut attribuer la fièvre. Ces symptômes, au reste, sont caractéristiques : aphonie, perte du mouvement, conservation de la sensibilité; de temps en temps, accès convulsifs épileptiformes,

auxquels participent les membres *paralysés*. Dans l'hémisphère opposé à la paralysie, vis-à-vis de la fracture, et sous l'arachnoïde en suppuration, le cerveau était d'un brun pâle. Morgagni ne dit pas que la substance cérébrale était ramollie; et c'est ce qui m'a fait passer sous silence cette observation. Mais n'est-il pas évident que cette altération était de même nature que les ramollissemens, avec coloration plus ou moins foncée, que nous avons examinés dans la Lettre première? Vous avez vu que nous n'avons rencontré cette coloration brunâtre que dans la substance grise; et dans l'observation de Morgagni, c'était certainement elle qui était affectée, puisqu'il est question de la portion du cerveau recouverte par l'arachnoïde sanieuse; vous ne pouvez pas douter non plus que cette altération ne soit le résultat d'une inflammation. Mais la malade n'étant morte que le quarantième jour, comment se fait-il qu'on n'y ait pas trouvé la moindre trace de suppuration? Observez que les symptômes d'inflammation du cerveau ne se sont manifestés que le trente-quatrième jour, que par conséquent la maladie n'a duré que six jours.

§. II. Les mouvemens convulsifs ont affecté les deux côtés du corps, et il existait une méningite bien manifeste. Il est infiniment probable qu'elle n'était pas exactement bornée à la portion d'arachnoïde qui correspondait à la fracture, quoique Morgagni, dans sa description trop laconique, n'ait tenu compte que de la sanie trouvée de ce côté.

N° 4.

Coup sur la tête à *gauche;* le onzième jour, convulsions épileptiques, aphonie, mouvemens convulsifs dans le côté *gauche*, paralysie *à droite.* Mort huit jours après. — *Suppuration à la surface de l'arachnoïde du côté* gauche, *coloration brunâtre du cerveau sous-jacent.* (Morgagni, *Epist.* 51, n° 27.

Un homme âgé de plus de 30 ans, revenant des champs, reçut sur le côté *gauche* de la suture lambdoïde un coup d'instrument contondant, tomba, mais se releva aussitôt, et se rendit à l'hôpital, dont il était éloigné de trois mille pas. La plaie prit d'abord une vilaine couleur; quelques jours après, il se forma dans son voisinage un abcès qui fut ouvert et promptement détergé. La plaie marchait vers sa guérison; mais le malade ayant commis plusieurs écarts de régime, eut d'abord quelques accès de fièvre, et, le onzième jour, fut pris tout à coup d'un violent accès de convulsion épileptique, après lequel il ne recouvra pas la parole, quoiqu'il fît entendre qu'il comprenait bien ce qu'on lui disait. Ensuite on remarqua des mouvemens convulsifs dans le côté gauche du corps, tandis que le *droit* était paralysé. Quelquefois la face avait l'aspect du rire sardonique. Le pouls était cependant naturel; il devenait ensuite fréquent, plein et impétueux, et quelques jours après (le dix-neuvième) la mort arriva.

En séparant la peau du crâne, on trouva au-dessous et à gauche, dans plusieurs points même éloi-

gnés de la plaie, du pus épanché; la surface de l'os temporal était altérée; les dents de la suture lambdoïde étaient désunies vis-à-vis de la plaie. La dure-mère avait une couleur cendrée, due au pus épanché entre elle et l'arachnoïde. Une partie de ce pus adhérait à la surface de l'arachnoïde comme de la colle épaisse; le reste, évalué à une demi-once tout au plus, était liquide. La portion de cerveau recouverte par l'arachnoïde enduite de pus, était d'une couleur brunâtre, *ad sublividum inclinabat colorem*, dans une étendue de deux travers de doigt en longueur et en largeur, et d'un travers de doigt en profondeur. Les autres parties du cerveau étaient saines; seulement on trouva un peu de sérosité dans les ventricules, à la base du cerveau et au commencement du canal vertébral.

§. I. Cette observation diffère si peu de la précédente qu'elles semblent calquées l'une sur l'autre; la fièvre ne survint qu'après plusieurs écarts de régime; elle devança de plusieurs jours l'apparition des symptômes d'affection cérébrale, et cessa quand ceux-ci se manifestèrent. Il est donc probable qu'elle était indépendante de cette affection, et l'on doit présumer qu'elle tenait à l'état des organes digestifs. Le malade eut le onzième jour un violent accès de convulsions *épileptiques*, c'est-à-dire, que toutes les parties du corps y participèrent; ainsi, le côté droit, qui, par la suite, devint paralysé, n'en fut pas plus exempt que le gauche, par conséquent la

paralysie fut précédée de convulsions; seulement elles cessèrent plus tôt que dans l'observation précédente. L'aphonie qui survint ensuite était le premier degré de la paralysie, qui bientôt s'étendit à tout le côté droit. Ainsi, elle se développa graduellement, et affecta le côté du corps opposé à l'altération du cerveau. Cette altération était évidemment semblable à celles que nous avons examinées dans la première Lettre. Quoique Morgagni ne parle pas de ramollissement, elle était de couleur brunâtre, parce qu'elle avait son siége dans la substance grise des circonvolutions.

Cette observation vient donc avec les précédentes confirmer cette vérité, que les ramollissemens du cerveau avec injection sanguine, etc., sont le résultat d'inflammations aiguës, arrêtées par la mort dans leur première période. Si l'inflammation du cerveau n'avait pas encore produit de suppuration, c'est que le malade est mort six à sept jours après l'apparition des symptômes de paralysie.

§. II. Quant aux convulsions qni ont persisté dans le côté gauche du corps, il est évident qu'elles étaient produites par l'inflammation de l'arachnoïde du côté droit; il est vrai que Morgagni n'a trouvé du pus que du côté gauche; mais la sérosité qui existait dans les ventricules, à la base du cerveau et au commencement du canal vertébral, prouve assez que toutes les parties de l'arachnoïde ont participé plus ou moins à l'inflammation.

Tous ces détails sont très-importans, comme vous

le verrez, parce que ce sont des observations semblables à celle-ci et à la précédente, qui ont fait admettre par un grand nombre de praticiens cette proposition, que *les inflammations du cerveau produisent des convulsions dans le côté du corps qui répond à l'hémisphère affecté et de la paralysie du côté opposé.*

§. III. Vous trouverez, par exemple, dans Th. Salmuth (Cent. 1, Obs. 17), une observation semblable, pour laquelle la faculté de médecine de Leipsick fut consultée.

Il s'agit d'une plaie pénétrante à travers l'os temporal, qui fut suivie de convulsions du côté de la plaie et de paralysie du côté opposé. Après la mort, qui arriva au bout de quelques semaines, on trouva sous la fracture environ une livre de pus entre le *cerveau* et l'*arachnoïde*, etc. Il est évident qu'il y a eu, comme dans les observations précédentes, inflammation du cerveau et des méninges, ce qui explique les deux ordres de symptômes.

Cette observation tronquée a cependant servi de texte aux longues digressions de Bonet, sur le Cours des esprits animaux (*Sepul. anat.* lib. 4, sect. 3, Obs. 3, §. 7). Elle a été souvent citée dans les discussions sans cesse renouvelées, au sujet des convulsions et de la paralysie, produites par l'inflammation du cerveau.

§. IV. Bonet (*Sepulcret. anat.* lib. 4, sect. 3, Obs. 2) rapporte encore une observation qui, autant

qu'on peut en juger par le peu de détails qu'elle renferme, paraît de même nature.

Un militaire blessé à la tempe droite n'éprouva pendant les sept premiers jours aucun accident qui annonçât du danger ; mais ayant fait des excès en vin et en femmes, s'étant mis en colère contre celui qui l'avait blessé, il eut de la fièvre, des vomissemens bilieux, puis des convulsions, et mourut peu après dans un état apoplectique. La dure-mère était épaissie, enflammée, ainsi que l'arachnoïde ; cette dernière était couverte de pus ; *il en existait aussi entre elle et le cerveau.*

§. V. On trouve dans les Recueils d'observations chirurgicales un grand nombre d'exemples de convulsions du côté du corps, correspondant à la plaie du crâne, avec paralysie du côté opposé. (*Voyez* Percival Pott, Obs. 23, Marc-Antoine Petit, p. 239, les Mémoires de l'Acad. de Chirurg., etc.) Dans la plupart de ces observations, l'ouverture du corps n'a pas été faite, et dans le plus grand nombre de celles où elle a eu lieu, les altérations sont à peine décrites. Ce sont ces faits tronqués qui ont enfanté et alimenté jusqu'aujourd'hui plusieurs erreurs que nous examinerons plus tard. Pour juger de quel poids sont les autorités sur lesquelles s'appuient les auteurs, il faut remonter jusqu'à la source première des observations qu'ils citent.

N° 5.

Coup à gauche ; le septième jour délire, mouvemens convulsifs ; le douzième, paralysie du mouvement de la main *droite ;* huit heures après, du pied *droit ;* le quatorzième, mort. — *Suppuration des méninges et du cerveau à* gauche. (Morgagni, *Epist.* 51, n° 17.)

Un jeune homme de 26 ans reçut à la partie interne du sourcil *gauche* un coup de pierre, qui le renversa ; mais il se releva aussitôt, et poursuivit vigoureusement son ennemi ; après quoi, toujours plein d'énergie, il vint à l'hôpital de Sainte-Marie-de-la-Vie, où l'on eut bien de la peine à le retenir lorsqu'il fut pansé, tant il croyait sa plaie légère. Il avait alors une fièvre quarte, dont l'accès était attendu le jour même ; il vint en effet, mais la fièvre resta continue, avec augmentation de force et de développement du pouls, douleur de tête considérable. A la fièvre se joignirent vers le septième jour quelques mouvemens convulsifs et du délire. Vers le onzième il y eut dans la journée deux accès de fièvre, avec augmentation du froid. Enfin, le délire cessa, et fut remplacé par un état de somnolence, accompagné de secousses et de mouvemens convulsifs ; et même ceux qui veillaient le malade observèrent que plusieurs fois dans la nuit, la tête haute et les mains fortement contractées, il se soulevait dans son lit avec des efforts incroyables, après lesquels il restait comme

anéanti. Deux jours avant la mort, la main droite perdit le mouvement, mais non entièrement le sentiment. Huit heures après, le pied du même côté commença aussi à se mouvoir plus difficilement; enfin la respiration qui, depuis plusieurs jours, était laborieuse, le devint encore davantage, et le malade mourut le quatorzième jour.

En examinant la plaie extérieure, on trouva du côté gauche un petit abcès qui s'étendait en partie vers l'oreille entre les muscles et la peau. Vis-à-vis de la plaie, l'os était fendu, et la dure-mère correspondante légèrement endommagée; la partie antérieure de la cavité du crâne du même côté (c'est-à-dire à *gauche*) était pleine de pus renfermé entre la dure-mère et l'arachnoïde; la substance cérébrale sous-jacente semblait s'être imprégnée de ce pus, car elle était de même couleur, mais à la surface seulement; le reste était sain; on ne trouva de la sérosité qu'à la base du cerveau. Il existait dans le poumon des tubercules dont quelques-uns incisés renfermaient de la vraie sanie; les autres non suppurés avaient la consistance d'un corps glanduleux.

§. I. Vous voyez encore ici deux séries de symptômes correspondant aux altérations de l'arachnoïde et du cerveau. D'abord délire, somnolence, mouvemens convulsifs, ensuite paralysie du mouvement de la main, puis du pied; diminution de la sensibilité de la peau, etc. A l'ouverture du corps, suppuration de l'arachnoïde, sérosité ramassée à la base du crâne,

décoloration de la substance grise placée sous la portion d'arachnoïde en suppuration.

Morgagni ne parle pas précisément de ramollissement; mais les expressions dont il se sert sont très remarquables, en ce qu'elles prouvent que nous avons eu raison d'attribuer à une infiltration du pus la décoloration de la substance grise, dans les cas de ramollissement que nous avons examinés dans la lettre précédente. *Quod pus subjecta cerebri substantia videbatur imbibisse, eo enim erat colore, sed superficie tenus.* Mais vous ne croirez pas avec lui que le cerveau se soit laissé imbiber comme une éponge, du pus dont il était séparé par l'arachnoïde. Il est évident, d'après tout ce que nous avons vu jusqu'à présent, que cette infiltration du pus était produite par l'inflammation du cerveau lui-même.

§. II. Vous remarquerez que cet homme avait une fièvre quarte, et portait dans le poumon des tubercules en suppuration; qu'une inflammation aiguë des tégumens du crâne, etc., s'étant jointe à cette affection chronique, la fièvre est devenue continue. La gène de la respiration s'explique aussi d'une manière toute naturelle par l'état du poumon.

§. III. Marc-Ant. Petit trouva aussi, chez le nommé Cary (*Recueil d'obs. clin.*, p. 298), mort assez promptement, à la suite d'une fracture du crâne « le lobe antérieur gauche du cerveau *presque réduit en une substance glutineuse*, et pénétré par quelques parties osseuses, détachées du crâne. »

§. IV. Percival Pott observa la même altération dans un cas semblable (*Traité des plaies de tête*, obs. 24). Sous la portion de cette membrane qui était putréfiée, il y avait un amas de matières entre elle et la pie-mère. Sous ce dernier abcès, le cerveau était considérablement *décoloré :* » *Under this latter abcess the brain was considerably discoloured.*

Je ne vous rapporte de ces observations que les ouvertures de cadavres, parce que le reste est consacré à des détails purement chirurgicaux, qui ont fait négliger la description des symptômes.

N° 6.

Coup de sabre au côté *droit* de la tête, paralysie du mouvement à *gauche,* délire, déviation de la bouche à droite. Mort le dix-septième jour. — *Suppuration sous la dure-mère, ramollissement avec décoloration du cerveau, le tout* à droite. (*Miscellan.... Curios. dec.* 11, an x, Obs. de Reiselius.)

Le 22 octobre 1691, un individu reçut, dans une rixe, un coup de sabre au côté droit de la tête, tomba baigné dans son sang, eut une hémorrhagie, qui fut arrêtée par le chirurgien du village, des vomissemens, etc.

Deux jours après, il perdit le mouvement du côté *gauche*, mais *conserva un peu de sensibilité.*

Le 25, Reiselius, appelé, observa de plus que la commissure des lèvres du côté *droit* était relevée, la

parole embarrassée ; d'ailleurs point de douleurs, excepté à la plaie.

Le 27, douleur au côté *gauche* du cou, et bientôt à toute la tête.

Le 2 novembre, le malade est taciturne, commence à délirer ; les paupières sont fermées. (Saignée du bras.) Immédiatement après, le malade ouvre les paupières, raisonne juste, et peut bientôt s'asseoir sur une chaise.

Le 5, il est en état d'écrire.

Le 6, contre l'attente générale, le malade est si mal, qu'on ne lève pas l'appareil; on soupçonne qu'il a fait quelque écart de régime, sans pouvoir cependant en acquérir la certitude.

Le 7, visage rouge et tuméfié, respiration stertoreuse, parole embarrassée, pouls faible, intermittent et désordonné. Mort le 11 novembre, dix-septième jour de la maladie.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une félure du crâne, avec fracture en étoile à chaque extrémité, séparation de plusieurs fragmens de la table interne, et injection des vaisseaux de la dure-mère. Sur l'hémisphère droit du cerveau, la dure-mère et l'arachnoïde avaient été déchirées; leurs vaisseaux étaient gorgés de sang, surtout vers le front ; il s'écoula aussi de la sanie purulente; le cerveau lui-même était *pourri*, *mou, et d'une couleur plus pâle* que dans l'hémisphère *gauche ;* ce dernier était *sain, ferme et d'une belle couleur vive.* On ne trouva point de sang épanché.

§. I. La description de cette altération est d'une clarté et d'une précision admirables, surtout pour l'époque à laquelle elle a été écrite. Le contraste établi entre l'état des deux hémisphères est frappant de vérité. *Ipsumque cerebrum putridum, flaccidum et pallidioris coloris quam sinistrum latus, quod sanum adhuc, duriusculum, vividi, et quasi lucidi coloris erat.* Ici, comme dans les observations du numéro précédent, tout concourt à prouver que ce ramollissement et cette décoloration du cerveau étaient le résultat d'un commencement de suppuration.

Quant aux symptômes, ils sont exactement ceux que nous avons vus dans les mêmes circonstances : délire, paralysie du mouvement, conservation d'un peu de sensibilité, douleur dans le côté du cou paralysé, etc.

Vous avez dû remarquer que la saignée avait eu une influence prompte et puissante sur le délire et les autres symptômes fâcheux.

M. Beauregard a consigné dans le Journal de Médecine de Vandermonde (année 1756, t. 1, p. 184), un exemple d'altération semblable, produite par la même cause.

N° 7.

Plaie de tête ; le dix-neuvième jour, convulsions. Mort subite. — *Ramollissemeut du cerveau avec odeur infecte.*

Un grenadier vigoureux, affecté de plaie de tête fort simple, et traité convenablement, arriva sans accident jusqu'au dix-neuvième jour. A la visite du matin, il avait manifesté un grand appétit, lorsque tout à coup il fut pris de mouvemens convulsifs, perdit connaissance, et mourut au bout de deux heures dans des convulsions horribles, malgré plusieurs saignées. A l'ouverture du corps, M. Beauregard trouva la substance du cerveau *liquide*, *dissoute*, et d'une odeur si infecte que son collègue se trouva mal.

§. I. Il paraît que, dans ce cas-ci, l'on n'a observé que des convulsions; mais vous remarquerez que la paralysie produite par inflammation du cerveau ne se manifeste ordinairement qu'après les symptômes spasmodiques, et que le malade est mort au bout de deux heures. La cause de cette espèce de liquéfaction n'est pas douteuse, il est inutile de s'y arrêter.

§. II. En résumé, dans toutes les observations que vous venez de lire, il est de la dernière évidence que ces altérations du cerveau étaient dues à une inflammation; on n'en a pas douté, parce qu'elles étaient survenues à la suite de causes externes, et vous avez vu qu'elles ressemblaient aux différens ramollissemens

que nous avons examinés dans les deux lettres précédentes, que les symptômes étaient les mêmes. Quant à la décoloration de la substance grise, il est clair aussi qu'elle était due à une véritable infiltration de pus, comme l'ont très-bien pensé les auteurs de plusieurs de ces observations; seulement il n'est pas exact de la regarder comme une espèce d'imprégnation purement passive, une transsudation à travers l'arachnoïde, du pus qui la recouvrait, puisqu'on trouve la même altération sans suppuration de l'arachnoïde.

§. III. En vous parlant de cette infiltration du pus dans la substance cérébrale, je vous ai fait voir que dans tous les organes où des abcès pouvaient se développer, le pus commençait par s'infiltrer dans le tissu cellulaire, avant de se réunir en foyers distincts. Je ne reviendrai pas sur tout ce que je vous ai dit alors des hépatisations du poumon, etc. Mais je ne puis m'empêcher de vous citer le fait curieux qui me tombe sous la main. Parmi les observations de plaies de tête de Ledran, je trouve, page 173, celle du nommé Cajols, mort à la Charité, des suites d'un coup de bâton sur la tête, qui avait produit des accidens graves, et nécessité l'application du trépan. Ledran dit qu'il rencontra une putréfaction de la dure-mère, de la faux, etc., le tout enduit d'une bouillie purulente, etc.; et il ajoute : « Je trouvai au foie nombre de petites taches blanches, et chacune d'elles » était un petit abcès. Dans la plupart de ces abcès

» le pus semblait être infiltré plutôt qu'épanché. » Ici, la couleur du pus tranchait sur celle du foie, et rendait très-apparentes ces petites taches blanches; la densité du foie les fit reconnaître pour autant de petits abcès, et cependant Ledran put remarquer que le pus était plutôt infiltré qu'épanché. Supposez la même altération placée au milieu de la substance blanche du cerveau : les circonstances environnantes ayant changé, vous ne verrez là qu'un simple ramollissement sans injection sanguine, sans changement de couleur; vous ne pourrez soupçonner la présence du pus que par analogie, par induction, comme nous l'avons fait. Cette observation de Ledran m'a d'autant plus frappé que ces petits abcès du foie se sont développés à la suite d'une plaie de tête, que les affections du cerveau coïncident souvent avec celles du foie, et qu'il existe la plus grande analogie entre la structure de ces deux organes.

§. IV. Ceci me rappelle que j'ai trouvé dans certaines inflammations foudroyantes du foie, son tissu réduit en une espèce de sanie de couleur lie de vin, sans cohésion et diffluente. Quelquefois j'ai rencontré en même temps dans d'autres points du pus infiltré ou réuni en foyers, ce qui prouve que c'est à une inflammation qu'il faut attribuer cette espèce de dissolution qui permet à peine de manier le foie, sans que les doigts y pénètrent de toutes parts. Il est impossible de ne pas être frappé de la

ressemblance qui existe entre ces altérations et celles du cerveau.

L'observation de Ledran est encore remarquable en ce que l'inflammation du foie n'a pu être produite par une commotion de cet organe, puisque le malade n'a point fait de chute.

N° 8.

Chute sur la tête ; le septième jour, paralysie du bras *gauche*. Mort le vingt-troisième. — *Suppuration du cerveau et de l'arachnoide du côté* droit. (Morgagni, *Epist.* 51, n° 28.)

Un vieillard de 60 ans, tombant de haut, se frappa la tête vers l'angle de la suture lambdoïde; il perdit d'abord connaissance; ensuite, revenu à lui, il se plaignit de douleur vers la plaie; elle persista sans que le malade s'alitât, etc. Vers le septième jour, il eut une paralysie du bras *gauche*, dans lequel le mouvement revint un peu à la suite d'une saignée. Le malade mourut le vingt-troisième jour dans un état soporeux.

Lorsqu'on sciait le crâne, il sortit du pus de sa cavité, du côté de la tempe *droite;* il n'y avait d'autre lésion des os qu'un écartement des sutures; le cerveau de ce côté offrait un *ulcère* de deux travers de doigt de profondeur, creusé par la sanie, entre la dure-mère et l'arachnoïde; à la surface antérieure du lobe *droit* était une petite quantité de pus, dont étaient imprégnées les deux membranes. Dans les ventri-

cules et vers l'origine de la moelle il y avait un peu de sérosité limpide.

§. I. Quoique la description des symptômes soit extrêmement incomplète, puisque Morgagni nous laisse ignorer ce qui s'est passé du septième au vingt-troisième jour où le malade est mort, vous voyez cependant que la paralysie a commencé par le bras gauche, et que la maladie existait dans l'hémisphère droit, qu'elle a diminué sous l'influence de la saignée, etc. L'altération n'est pas décrite d'une manière plus précise, mais je crois qu'il faut entendre par ulcération du cerveau *creusée* par de la sanie, un état de suppuration déjà plus avancé que dans les observations précédentes.

§. II. Le même auteur rapporte un peu plus loin (Epist. 51, n° 44) une observation semblable. Il s'agit d'un jeune homme qui, ayant reçu sur le temporal un coup d'instrument tranchant, eut quelques jours après du délire, et perdit l'usage de la main *droite;* cependant, quand on la piquait, il donnait des signes de douleur. Il mourut le quatorzième jour; la plaie pénétrait profondément dans l'hémisphère *gauche* du cerveau, qu'un épanchement de sérosité avait, dit Morgagni, *corrodé* jusqu'au ventricule; il y avait aussi de la sérosité semblable épanchée à la base du crâne.

Abstraction faite des qualités corrosives que Morgagni suppose ici très-gratuitement, comme dans beaucoup d'autres endroits, à la sérosité épanchée

dans le crâne, cette observation ressemble tellement à la précédente, que je ne m'y arrêterai pas. Pour la même raison je m'abstiendrai de vous rapporter l'observation qui suit immédiatement celle-ci (Epist. 51, n° 44), et je passe à des faits plus détaillés et plus importans, par lesquels je reprendrai l'histoire des abcès du cerveau, précisément au point où j'en suis resté dans la Lettre précédente.

N° 9.

55 ans : chagrin profond, malaise, céphalalgie, fièvre, délire, paralysie du bras, puis de tout le côté *gauche*, avec contraction des muscles; agitation spasmodique du bras droit, etc. Mort le neuvième jour. — *Injection considérable de l'arachnoïde et de la pie-mère; abcès mal circonscrit au milieu de l'hémisphère* droit, *avec ramollissement*, etc. (Obs. commun. par M. Jacquemin, élève interne à l'Hôtel-Dieu.)

Le nommé Juclant, âgé d'environ 55 ans, d'une petite stature, d'une constitution pléthorique, ayant perdu une rente qui faisait toute sa fortune, tomba dans un état continuel de tristesse et de malaise, suivi, au bout de six semaines environ, de maux de tête, de sueurs abondantes, de fièvre accompagnée d'exacerbation le soir. Douze jours après on s'aperçut qu'il délirait, qu'il parlait sans cesse, et presque toujours de l'objet de ses chagrins. Cinq ou six jours après, on remarqua qu'il ne pouvait plus se servir de son bras gauche. Il y avait trois jours que cette paralysie avait commencé, lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, le 13 janvier 1821.

La face était rouge, le pouls fort, peu fréquent, la main droite agitée de mouvemens continuels involontaires et comme convulsifs; les membres du côté *gauche* avaient perdu le sentiment et le mouvement; l'avant-bras était fléchi sur le bras; l'un et l'autre étaient appliqués contre les parois de la poitrine. Quand on demandait au malade sa main, il présentait toujours la droite; quand on la retenait et qu'on lui demandait l'autre, il lui faisait exécuter quelques légers mouvemens, mais sans pouvoir la détacher de la poitrine. Abandonné à lui-même, il ne cessait de parler, ou plutôt de rendre des sons inarticulés et sans suite; mais quand on lui parlait, il répondait par quelque monosyllabe, et exécutait avec les parties non paralysées les mouvemens qu'on lui demandait. (Saignée, lavement, eau de veau avec tamarin.)

Le lendemain, même état. (Nouvelle saignée peu copieuse.)

Quatrième jour, affaissement, accablement profond, déviation de la bouche à *droite*. Le malade ne parle plus, paraît ne plus entendre. (Sinapismes, lavemens purgatifs.)

Sixième jour, pupille dilatée, insensibilité de tout le corps, respiration stertoreuse, peau froide. Mort neuf jours après l'apparition de la paralysie.

Autopsie cadavérique. Le crâne, d'une grande épaisseur, se sépare difficilement de la dure-mère, qui laisse suinter beaucoup de sang noir. L'arachnoïde et la

pie-mère sont partout très-injectées. Vers la partie moyenne de l'hémisphère *droit*, on rencontre un foyer contenant environ deux cuillerées de pus jaune verdâtre; ce foyer n'est séparé du ventricule latéral que par une couche de substance cérébrale de quelques lignes d'épaisseur; sa paroi inférieure est brune et ramollie. La suppuration n'est pas contenue dans une cavité bien circonscrite; les parties voisines sont converties en une sorte de putrilage, de manière que le pus s'irradie comme dans des espèces de clapiers : on voit flotter au milieu du pus des espèces d'appendices de substance blanche, qui ne tiennent plus au reste de la masse que par un faible pédicule. Dans le reste de l'hémisphère, la substance cérébrale est d'une couleur grise foncée. Les ventricules contiennent peu de sérosité. On n'observe aucune autre altération remarquable.

§. I. Ici la transition observée dans le développement des symptômes a été si lente et si graduée, qu'il n'est pas facile de saisir l'époque précise où l'irritation des organes encéphaliques a fait place à l'inflammation proprement dite; mais il n'est pas possible de méconnaître l'influence de la cause morale qui a déterminé une congestion habituelle vers le cerveau et ses annexes. Nous avons déjà vu plusieurs exemples d'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, dont la cause probable était un chagrin prolongé (*voyez* L. 1re, nos 8 et 19; L. 2e, nos 9, 10 et 17); et dans tous ces cas, je vous ai fait remarquer que la maladie avait

commencé par l'arachnoïde. Dans celui-ci vous voyez également qu'après six semaines d'une santé chancelante et quelques jours de fièvre, le premier symptôme remarquable qui se manifeste est le délire. La paralysie du *bras* gauche n'a commencé que six jours après. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, cette paralysie s'était étendue au membre inférieur, et elle était caractérisée par la *contraction* considérable des muscles : ainsi la paralysie a suivi la même marche progressive, a été accompagnée des mêmes phénomènes spasmodiques que dans les cas de ramollissement. D'un autre côté, le délire, l'agitation spasmodique du bras droit, indiquaient assez qu'il existait une inflammation simultanée de l'arachnoïde : vous remarquerez, quant au délire, qu'il a cessé lorsque la paralysie a fait des progrès, et que le malade a perdu tout-à-fait l'intelligence. Il n'était pas violent, et les mouvemens convulsifs du bras droit étaient peu prononcés; aussi l'inflammation de l'arachnoïde n'était-elle pas accompagnée de suppuration, comme dans les cas où ces symptômes étaient très-saillans.

§. II. Quant à l'altération du cerveau, elle est très-remarquable, en ce qu'elle nous montre les différentes nuances que peut offrir la désorganisation de la substance cérébrale, par l'effet d'une inflammation aiguë.

La couleur brune de la paroi inférieure du foyer tient au voisinage des circonvolutions cérébrales, formées de substance grise, et nous rappelle les observations de la première Lettre. La cavité irrégu-

lière, encore mal circonscrite et comme putrilagineuse, qui renfermait le pus, nous rappelle les ramollissemens, avec commencement de suppuration, de la seconde; elle nous montre aussi comment s'achèvent les abcès du cerveau. Nous avions vu jusqu'à présent des gouttelettes de pus, des petits foyers purulens plus ou moins nombreux, disséminés dans la substance cérébrale ramollie. Ici nous les voyons dans le moment où ils viennent de se réunir en un foyer commun ; la substance qui les séparait flotte dans le pus, mais tient encore au reste du cerveau par une espèce de pédicule. Voilà le premier rudiment d'un abcès récemment formé, dont la cavité n'a pas eu le temps de se circonscrire exactement. Le malade est mort neuf jours après l'apparition de la paralysie.

N° 10.

Fracture du pariétal *droit;* 55 jours après, céphalalgie, fourmillement, engourdissement, faiblesse, enfin paralysie du côté *gauche*, trismus; mouvemens convulsifs à *droite*. Mort le lendemain dixième jour. — *Inflammation de la dure-mère et de l'arachnoïde des deux côtés ; dans l'hémisphère* droit *deux foyers purulens entourés d'un ramollissement considérable.*

Riom, âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, tambour-maître, reçut à la bataille de Brienne un coup de feu au-dessous de la bosse pariétale *droite*, perdit connaissance pendant quelque temps,

fut ensuite pansé à la hâte, et dirigé sur Paris. Arrivé huit jours après, et placé aux Invalides, sa plaie était presque cicatrisée, mais il était tourmenté par une vive céphalalgie, des douleurs lancinantes dans la cicatrice, un assoupissement presque continuel. On incisa les tégumens, on appliqua une couronne de trépan, et l'on fit l'extraction de plusieurs fragmens d'os et d'une balle : il fut promptement soulagé, la plaie se ferma, et il sortit trois semaines après l'opération. Au bout de quinze jours, retour de la céphalalgie, frissons, fièvre (pédiluves, diète); point de changement. Pendant huit jours, somnolence presque habituelle, espèce de *fourmillement*, état d'*engourdissement* des membres du côté *gauche;* parole embarrassée, légère constriction des mâchoires. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu (5 juillet 1813) : il ne pouvait alors presque rien tenir dans la main *gauche ;* sa démarche était lente, pénible, à cause de la faiblesse de la jambe gauche ; pouls lent et plein. (Saignée, lavement purgatif, pédiluves sinapisés.)

Le lendemain, *paralysie complète du côté gauche*. Cicatrice enflammée, tendue, très-douloureuse, sensation d'empâtement, et de fluctuation obscure sous les tégumens. Une incision est pratiquée, les os sont mis à nu, les esquilles retirées ; la dure-mère est très-rouge, couverte de bourgeons charnus, et très-sensible au moindre attouchement. Elle est incisée crucialement : l'artère sphéno-épineuse donne une

grande quantité de sang : il ne sort point de pus de dessous la dure-mère. M. Dupuytren, soupçonnant au toucher un abcès peu profondément situé dans la substance cérébrale, y plonge son bistouri avec lenteur jusqu'à neuf lignes environ de profondeur; une petite quantité de pus s'écoule le long de la lame : elle est enfoncée encore d'une ligne de plus et retirée. Il sort ensuite un peu plus d'une cuillerée ordinaire d'un pus grisâtre, un peu sanguinolent, et légèrement fétide. Après la sortie du pus, le malade, qui n'avait cessé de pousser des cris plaintifs, est sur-le-champ privé de la voix. Des mouvemens convulsifs assez forts se manifestent dans le côté non paralysé, l'autre reste immobile. (Pansement ordinaire du trépan.) Peu d'instans après, l'appareil est rempli de sang. On comprime l'artère sphéno-épineuse, en introduisant, par l'ouverture de l'os, l'extrémité d'un levier étroit, garni de charpie, au moyen duquel on applique la dure-mère contre la voûte du crâne, par un mouvement de bascule exercé sur l'autre extrémité. Augmentation des convulsions, dilatation des pupilles, injection et coloration vive de la conjonctive, ecchymose des paupières, qui s'étend jusqu'au front et aux tempes. Le soir, convulsions moins fortes, pouls plus embarrassé, plus irrégulier. (Saignée du pied, lavement purgatif.) A minuit, cessation des convulsions, respiration plus embarrassée. Mort à une heure du matin.

Autopsie cadavérique. Tégumens du crâne qui en-

tourent la plaie infiltrés de sang ; fêlure du pariétal et du temporal étendue jusqu'à la base du crâne ; dure-mère très-rouge à la surface de tout l'hémisphère *droit ;* arachnoïde également très-rouge, mais seulement autour de la plaie ; à quelque distance, quelques gouttes de sang entre ces deux membranes : du côté gauche, rougeur moins vive, injection moins considérable de ces membranes que du côté droit.

Autour de l'incision pratiquée dans l'hémisphère *droit*, la substance cérébrale était ramollie, réduite en une espèce de putrilage, semblable, pour la consistance, à de la bouillie, d'une odeur très-fétide, d'une couleur jaune-grisâtre. On ne pouvait plus distinguer la substance grise des circonvolutions de la substance blanche du centre ovale. Le foyer qui contenait le pus, évacué par cette incision, avait son siége à la partie supérieure et externe du ventricule droit, dont il comprimait la partie supérieure ; il était de capacité à contenir une petite noix : la substance cérébrale environnante offrait partout la même altération que celle qui le recouvrait : à mesure qu'on l'examinait plus loin du foyer, elle reprenait sa couleur et sa densité ordinaires : au-dessous et un peu plus antérieurement, existait un autre abcès plus petit, offrant les mêmes altérations, et renfermant un pus semblable à celui qui était sorti par l'incision pratiquée au premier : le tissu de l'hémisphère gauche était fortement injecté.

Les détails de cette observation m'ont été commu-

niqués par M. Leroy, alors élève interne à l'Hôtel-Dieu.

§. I. Je ne m'arrêterai aux circonstances purement locales de cette plaie, que pour vous faire remarquer combien elles étaient propres à produire une inflammation du cerveau. Cependant, malgré tant de causes puissantes qui ont agi presque directement sur lui, malgré le jeune âge du sujet (17 ans), pendant cinquante-cinq jours il ne se manifesta pas le moindre phénomène qui pût faire craindre une affection cérébrale : la paralysie, qui se développa à cette époque, ne fut précédée ni de mouvemens convulsifs, ni de roideur permanente ; elle commença par un *fourmillement*, un *engourdissement* des membres du côté gauche, et ses progrès furent si lents, que, huit jours après, quand le malade entra à l'hôpital, il pouvait encore se promener : ainsi la jambe supportait encore tout le poids du corps ; mais il ne pouvait presque plus rien tenir dans sa main : le membre supérieur était donc plus affecté que l'inférieur.

Vous reconnaissez ici la marche extrêmement lente et progressive de la paralysie, marche que je vous ai fait remarquer dans certains cas de ramollissement : aussi le seul phénomène spasmodique qui l'ait accompagné, a été une légère constriction des mâchoires. Cependant ici nous ne pouvons pas, comme dans les cas de ramollissement, douter de la nature inflammatoire de la maladie, puisqu'il existait du pus. Je dirai plus, cette inflammation était aiguë, puisque ces abcès

s'étaient formés dans l'espace de dix jours. Pourquoi donc a-t-elle présenté cet aspect atonique, cette absence des symptômes d'irritation ? Probablement par la même raison qu'elle a eu tant de peine à se développer, c'est-à-dire parce que l'individu était d'un tempérament lymphatique ; comme, dans les autres cas, c'était parce que les malades étaient très-âgés. Ces circonstances, que les anciens ont presque toujours négligées dans leurs observations particulières, sont donc très-importantes à noter ; elles seules peuvent nous rendre compte des variétés que présente la même maladie chez des individus différens, et rendre la médecine aussi positive que les autres sciences d'observation.

§. II. Les mouvemens convulsifs ne se sont manifestés qu'après l'opération, et la mort a eu lieu le lendemain ; aussi l'arachnoïde ne présentait-elle que des traces d'une inflammation toute récente, déterminée ou augmentée par cette opération, et par l'introduction d'un corps étranger sous la dure-mère, pour arrêter l'hémorrhagie ; aussi le malade n'a-t-il éprouvé ni délire, ni agitation, etc. Nous ne retrouvons ici que les symptômes de ramollissement exempts de complication. Le pouls était *lent* et *plein*.

§. III. Vous avez sans doute remarqué que les convulsions n'avaient affecté que le côté du corps non paralysé ; et cependant l'arachnoïde du côté opposé était moins rouge, moins injectée que celle qui recouvrait l'hémisphère du cerveau en suppuration. Il est

facile de concevoir pourquoi cette inflammation, assez légère, a déterminé des convulsions dans le côté du corps opposé, qui était sain, tandis que l'autre, plus intense, n'en a pas produit dans le côté du corps paralysé. Il est évident que cette différence tient à l'état du cerveau sous-jacent à l'arachnoïde. Elle prouve, comme je vous l'ai dit, que l'arachnoïde ne produit du délire et des convulsions que par son influence sur le cerveau avec lequel elle est en contact. Tout cela est si clair, que je ne m'y serais pas même arrêté, si des cas analogues (et ce sont les plus nombreux, à la suite des plaies de tête), observés superficiellement, n'avaient fait croire que ces convulsions du côté de l'hémisphère enflammé, et la paralysie du côté opposé, étaient produites par l'inflammation du cerveau.

§. IV. L'état de la suppuration est bien en rapport avec la durée de la maladie : la mort a eu lieu le dixième jour; aussi les deux abcès n'étaient-ils pas encore bien circonscrits; l'altération de la substance cérébrale environnante était d'autant plus considérable, qu'on l'examinait plus près de la cavité de l'abcès; réduite en une espèce de putrilage semblable à de la bouillie, elle était imprégnée de pus, puisqu'elle avait la même couleur, et que la substance grise des circonvolutions ne pouvait plus être distinguée de l'autre: ainsi le pus était en partie réuni en foyer, en partie infiltré dans la substance cérébrale.

§. V. On a généralement fait un précepte de prati-

quer une ponction au cerveau, lorsqu'il n'existe point d'épanchement sous la dure-mère, et que les symptômes et une espèce de tension, d'élasticité des circonvolutions, font soupçonner l'existence d'un abcès superficiel. Je ne veux pas mettre en doute un seul instant la nécessité d'avoir recours à ce moyen extrême, dans le cas supposé; mais je dois vous prévenir qu'il faut très-peu compter sur le succès, lors même qu'on a rencontré le foyer de la manière la plus heureuse, et produit l'évacuation du pus. Je sais que les auteurs rapportent quelques exemples de guérison; mais malheureusement on ne cite guère les autres.

J'ai vu, cinq ou six fois, pratiquer cette opération dans les circonstances les plus favorables, et tous les malades ont succombé. Je veux bien croire que l'influence des hôpitaux y soit pour quelque chose; mais après l'évacuation du pus, comment borner les ravages de l'inflammation aux parties primitivement affectées? Il ne faut donc pas se faire illusion sur le succès qu'on serait en droit d en attendre, d'après l'assurance avec laquelle en parlent les auteurs. Quand on a rencontré l'abcès, on se félicite, on croit le malade sauvé; mais on ne tarde pas à voir les symptômes reprendre une nouvelle intensité, et l'on finit par avoir la douleur de le perdre.

N° II.

39 ans : ancienne hémiplégie à *gauche* guérie ; plusieurs années après, céphalalgie, étourdissemens, perte du mouvement du côté *gauche ;* émétique, perte de la parole et des fonctions intellectuelles, rigidité et flexion du bras *gauche*, roideur des membres *droits* sans paralysie. Mort le cinquième jour. — *Inflammation de l'arachnoïde des deux côtés ; deux abcès dans l'hémisphère* droit *du cerveau avec ramollissement, épaississement et dilatation du ventricule gauche du cœur* (Obs. communiquée par M. Martin Solon, chef de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.)

Morelle (Véronique), âgée de 39 ans, d'une constitution robuste, joignant à un embonpoint assez considérable un cou court, habituellement mal réglée, avait, au rapport de son mari, éprouvé une attaque de paralysie : le côté *gauche*, qui était affecté, ne recouvra que graduellement, et au bout d'un temps fort long, le libre exercice de ses fonctions. On ne put savoir à quelle époque ces symptômes s'étaient manifestés, ni combien de temps ils avaient duré. Quelques années après, elle éprouva (au commencement d'octobre 1820), des maux de tête assez violens, qui durèrent, presque sans interruption, pendant environ un mois ; ses règles manquèrent à l'époque ordinaire. Le 25, elle eut des étourdissemens fréquens, qui furent bientôt suivis de la paralysie de la moitié *gauche* du corps. Un médecin appelé prescrivit l'émétique : après son administration, la malade perdit l'usage de la parole.

Le deuxième jour, trente sangsues au cou : point d'amélioration. Le troisième jour, vésicatoires aux cuisses : le soir, perte complète des fonctions intellectuelles.

Le quatrième jour (28 octobre 1820), elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 5, dans l'état suivant : décubitus sur le dos, perte absolue de connaissance, face peu animée, yeux fortement injectés, ternes et chassieux ; pupilles immobiles, modérément contractées ; commissures des lèvres tirée à *droite ;* paralysie du mouvement de la moitié *gauche* du corps, sans diminution notable de la sensibilité ; *bras gauche roide et fléchi ;* roideur et flexion des membres du côté *droit,* mais sans paralysie du mouvement ; respiration lente, un peu bruyante ; pouls dur, fréquent, peu développé. (Sinapismes aux membres inférieurs, lavement purgatif.) Point de changement.

Le soir, on tente inutilement de tirer du sang de plusieurs veines, et même de l'artère temporale ; la malade meurt dans la nuit, le cinquième jour de la maladie.

Autopsie cadavérique. Surface du corps presque décolorée, face peu injectée, vaisseaux de la tête médiocrement gorgés de sang.

Crâne. Dure-mère à l'extérieur d'un jaune pâle et couverte d'une multitude de gouttelettes de sang ; à l'intérieur, tachetée de plaques rouges, d'un pouce environ de diamètre, dans lesquelles les vaisseaux sanguins sont très-développés. Sur les deux tiers

antérieurs des hémisphères cérébraux, l'arachnoïde est très-épaisse, opaque, de couleur jaune-verdâtre; sa surface est lisse et polie. Celle qui recouvre le tiers postérieur est, de plus, fortement injectée. Même altération sur l'éminence vermiculaire supérieure du cervelet. A la base du cerveau, et sur ses parties latérales, elle est seulement rouge et injectée.

La pie-mère est infiltrée d'un pus épais, de couleur jaune-verdâtre, qui écarte de plus d'une ligne l'arachnoïde de la surface du cerveau. A la partie supérieure des deux hémisphères, ces deux membranes, quoique peu résistantes, se laissent cependant séparer très-facilement de la surface des circonvolutions cérébrales. L'hémisphère *droit* paraît plus volumineux que le gauche; vers sa partie moyenne on remarque un aplatissement assez considérable des circonvolutions. On sent en cet endroit de la mollesse. On incise d'avant en arrière à 8 ou 10 lignes du sillon de la faux du cerveau; les deux lèvres de l'incision sont aussitôt couvertes d'une couche de pus; on la prolonge alors dans tous les sens, et l'on trouve deux foyers purulens, dont l'un situé vers l'angle antérieur et supérieur du pariétal, près de la surface des circonvolutions, de la capacité d'une petite noix, contenant un pus grisâtre et sans consistance, à parois très-irrégulières, inégales, anfractueuses, présentant çà et là des espèces de clapiers, assez molles dans quelques points, mais en général consistantes dans les autres : en y versant un filet d'eau, on y voit flotter

des filamens grisâtres, mollasses, floconneux, au-dessous desquels un grand nombre de vaisseaux donnent au tissu du cerveau une teinte rouge uniforme.

L'autre abcès, semblable au premier, mais plus considérable, occupait la partie de l'hémisphère où l'on avait remarqué un aplatissement; la substance cérébrale qui environnait ces deux foyers n'était altérée que dans l'étendue de deux ou trois lignes.

En enlevant avec soin l'arachnoïde et la pie-mère, on acquiert la certitude que ces abcès, quoique très-superficiels, sont cependant développés dans la substance même du cerveau, et non dans les replis des circonvolutions, comme on aurait pu le croire.

Point de sérosité dans les ventricules, arachnoïde comme dans l'état naturel.

Poitrine. Poumons sains, cœur peu volumineux, ventricule gauche plus ample et plus épais que de coutume.

Abdomen. Rien de particulier dans les organes digestifs.

§. I. Nous voyons ici un exemple de suppuration encore plus avancée que dans les observations précédentes. Le pus n'est plus mêlé aux débris du cerveau, il est réuni en foyers mieux circonscrits; mais les parois de ces foyers sont encore, dans plusieurs points, molles et irrégulières. Les filamens grisâtres et floconneux qui flottent dans leur cavité, sont encore les traces de ces débris du cerveau désorganisé, dont nous avons parlé dans l'Observation n° 9.

§. II. Quant aux symptômes, ils sont parfaitement d'accord avec les altérations trouvées à l'ouverture du cadavre, et semblables à ceux de ramollissement compliqué d'arachnoïdite. Paralysie du mouvement sans diminution notable de la sensibilité, roideur et flexion du bras, le tout à *gauche;* abcès dans l'hémisphère *droit* du cerveau; roideur et flexion des membres du côté droit, mais sans paralysie; inflammation violente de l'arachnoïde des deux côtés.

§. III. Après l'administration d'un émétique la malade a perdu la parole; ce qui confirme les réflexions qùe nous avons eu l'occasion de faire au sujet de l'influence pernicieuse des efforts de vomissement sur la marche des affections cérébrales.

§. IV. Vous avez vu que la malade avait eu, plusieurs années auparavant, une hémiplégie du même côté du corps, qui fut affecté la seconde fois. Était-elle due à une hémorrhagie cérébrale? cela est possible à la rigueur : cependant vous remarquerez qu'on n'en a trouvé aucune trace dans l'hémisphère opposé du cerveau, qui a été examiné avec tant de soin. Il est donc probable que la première maladie était de même nature que celle qui a causé la mort, et qu'elle s'est terminée cette fois par résolution. Quoi qu'il en soit, cette disposition aux affections cérébrales est très-remarquable par sa coïncidence avec l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule gauche du cœur, sans rétrécissement de l'orifice aortique. (V. les Réflexions sur ce sujet, note, p. 44.)

§. V. Nicolas Massa (*Lib. introd. anat.*, c. 28) fit en 1533 l'ouverture du cadavre d'un homme qui, frappé au côté droit de la suture sagittale, était mort paralysé de la moitié du corps opposée à la plaie. Il trouva deux abcès pleins d'un pus louable : l'un dans le cerveau du côté de la plaie, l'autre dans le cervelet.

Cette observation est tellement tronquée que je ne vous la rapporte ici que comme objet de comparaison.

N° 12.

3 ans : faiblesse du bras *gauche*, paralysie du mouvement et non de la sensibilité ; noix vomique, émétique ; céphalalgie, mouvemens convulsifs, roideur permanente, surtout des membres paralysés, retour des mêmes symptômes ; catarrhe pulmonaire, entérite, fièvre, etc. Mort le trente-troisième jour. — *Épanchement de sang dans la pie-mère et la substance grise des circonvolutions, abcès, ramollissement avec injection sanguine à* droite, *double méningite ; inflammation de la muqueuse pulmonaire et intestinale, double pneumonie.*

Labiche, âgée de 3 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait depuis quatre mois de légers catarrhes pulmonaires, et une diarrhée qui revenait de temps en temps, sans altérer notablement sa santé. Pendant quatre jours, mauvaise humeur, plaintes fréquentes, douleur dans le ventre, diarrhée. Le 11 novembre 1820, dans la matinée, sans cause connue, elle éprouva de la *faiblesse* dans le bras *gauche*, et se plaignit pour la première fois de douleurs de tête ; quelques instans après,

voulant se lever de dessus sa chaise, elle ne put se soutenir et *tomba* sur le côté *gauche*. Depuis lors, *paralysie du mouvement* de tout ce côté du corps.

Le lendemain, jour de son entrée à l'hôpital des Enfans, plusieurs vomissemens bilieux, assoupissement le troisième jour. A la visite, la petite malade était dans l'état suivant : perte du mouvement dans les membres supérieur et inférieur du côté *gauche*, intégrité de la sensibilité, léger ébranlement du membre quand on pince la peau, produit par les efforts que fait la malade pour le remuer, morosité ; au moindre attouchement, agitation, cris fréquens, pendant lesquels le côté droit de la face est seul contracté; du reste, mobilité très-grande des paupières et de la langue, intégrité de la vue et des fonctions intellectuelles, appétit vif, pas de fièvre, mais léger développement du pouls, un peu de dévoiement et de catarrhe pulmonaire. (Eau de gomme, julep gommeux, diète.)

Les vomissemens se répétant souvent, et la diarrhée continuant, le cinquième jour on appliqua trois sangsues à l'épigastre, et le sixième cinq à l'anus, sans aucun résultat. Le soir, invasion de la fièvre, qui augmente la nuit avec alternatives de rougeur et de pâleur de la face.

Le septième jour, au matin, regard fixe, pupilles dilatées et peu contractiles, soif vive, diarrhée légère, cessation des vomissemens, pouls assez développé, inégal et irrégulier, offrant près de 110 pulsations par minute. (Saignée de ℥ iv, sinapismes aux pieds.)

Le huitième, fièvre moindre, pouls moins fréquent,

moins inégal, céphalalgie. (Six sangsues derrière l'oreille.) Les jours suivans, pouls toujours un peu fréquent, mais égal et régulier; cessation de la diarrhée. (Lait coupé pour aliment.)

Le onzième jour, l'hémiplégie continuant, et n'étant accompagnée que d'un peu de fièvre et de catarrhe pulmonaire, on donna un demi-grain d'extrait alcoolique de noix vomique dans un julep gommeux, à prendre en trois fois.

Le treizième jour, on suspendit l'usage de la noix vomique, pour donner un émétique, qui procura plusieurs vomissemens bilieux abondans.

Le quatorzième, on en reprit l'usage à la dose d'un grain, et le lendemain d'un grain et demi. Le soir, céphalalgie, agitation qui augmente dans la nuit, fièvre assez forte.

Le seizième, un quart d'heure après la troisième prise du médicament, mouvemens convulsifs très-marqués; dans l'intervalle des accès, roideur permanente; ces symptômes sont surtout prononcés dans les membres paralysés; mâchoires rapprochées avec force : cependant on parvient à faire avaler un demi-grain de tartre stibié, mais sans pouvoir procurer de vomissemens. En même temps, agitation des yeux, roulant dans leurs orbites, et souvent renversés en haut; pupille d'abord resserrée, ensuite dilatée; perte absolue de connaissance, pouls très-accéléré et très-résistant. Pendant une heure, frictions avec l'éther acétique: cessation de ces symptômes, assoupissement jusqu'au soir. (Potion éthérée.)

Le vingtième, apparition sur la peau du crâne de petits boutons surmontés de croûtes brunâtres, du volume d'une graine de lin, retour de la diarrhée, exacerbation de la fièvre; pouls, 120 par minute.

Le vingt-unième, rougeur de la conjonctive, gonflement des paupières. (Huit sangsues derrière l'oreille gauche, collyre adoucissant, panade.)

Le vingt-deuxième, vésicatoire à la nuque : continuation d'une diarrhée légère, malgré la diète presque absolue; diminution des forces et de l'appétit, peau pâle et bouffie.

Le vingt-quatrième, pouls plus fréquent, toux grasse, respiration gênée. (Saignée qui donne à peine du sang, les veines étant presque vides; six sangsues au-devant du sternum.) Les jours suivans, sinapismes aux pieds, face bouffie, infiltration œdémateuse de la main et du pied, puis de l'avant-bras et de la jambe du côté paralysé, extinction graduelle de la voix, respiration de plus en plus gênée, toux plus fréquente, pouls extrêmement faible et accéléré, disparition de l'ophthalmie.

Le vingt-neuvième, son mat des deux côtés de la poitrine, en arrière, surtout à droite (quatre sangsues de chaque côté); augmentation des symptômes précédens, haleine fétide, gencives molles, saignantes : cependant on sent encore dans les membres paralysés une légère roideur insolite.

Le trente-unième, cautère sur le côté droit de la poitrine : agitation, perte de connaissance.

Trente-deuxième, mouvemens spasmodiques, roideur permanente, surtout des membres du côté gauche; augmentation des autres symptômes. Mort le trente-troisième jour.

Autop. cadav. vingt-huit heures après la mort.

Tête. Sinus de la dure-mère remplis, surtout le longitudinal supérieur, de caillots de sang très-volumineux, et d'une matière comme fibrineuse, grisâtre et ramollie à son centre, qui paraissait réduite en putrilage. Vaisseaux de la pie-mère très-injectés, surtout à *droite;* espèce de suffusion sanguine dans plusieurs points de la surface de ce dernier hémisphère, et même épanchement de plusieurs caillots de sang près du sinus longitudinal supérieur. Circonvolutions des lobes antérieur et moyen de cet hémisphère (*droit*) affaissées supérieurement, et tellement adhérentes à l'arachnoïde, qu'on ne pouvait enlever cette membrane sans arracher en même temps la substance grise. Dans presque toute l'étendue de la surface supérieure du lobe moyen, elle offrait un épanchement, ou plutôt une infiltration de sang en caillot, intimement mélangé à la substance cérébrale; cette infiltration, qui ne s'étendait pas à un pouce de profondeur, paraissait avoir eu lieu d'abord dans plusieurs points isolés, et s'être réunie ensuite; ces circonvolutions, ainsi que la substance cérébrale voisine, jusqu'au ventricule latéral, étaient extrêmement molles, comme diffluentes et putrilagineuses; chaque incision y faisait apercevoir une multitude de

petits points rouges, résultant de la division des vaisseaux capillaires sanguins dilatés. Le lobe antérieur de l'hémisphère droit contenait une autre altération remarquable : sa moitié supérieure était comme fondue en une suppuration liquide, semblable à une dissolution de substance cérébrale dans de la sérosité. La portion saine de chaque hémisphère était fort injectée, surtout du côté droit et vers les ventricules : ceux-ci ne contenaient que peu de sérosité. La paroi supérieure du *droit* était ramollie ; l'arachnoïde qui le tapisse était un peu épaisse, et criblée d'une multitude innombrable de points rouges, surtout vers le *septum lucidum* et le corps calleux. Les vaisseaux des plexus choroïdes étaient gorgés de sang. Rien à la base du cerveau ni dans le cervelet.

Poitrine. Membrane muqueuse des bronches rouge et injectée; partie postérieure des deux poumons gorgée de sang, d'un rouge violacé, mollasse et facile à déchirer avec les doigts, d'un tissu non crépitant, et gagnant le fond de l'eau.

Abdomen. Dans l'S iliaque du colon et le rectum, a membrane muqueuse était un peu boursoufflée, rougeâtre, et recouverte d'un mucus puriforme.

§. I. Cette observation (1) est très-compliquée ; cependant, comme elle a été recueillie avec un grand

---

(1) Elle m'a été communiquée par M. le docteur Thibert, alors élève interne à l'hôpital des enfans.

soin, il nous sera facile de suivre le rapport des symptômes avec les altérations pathologiques, l'enchaînement des causes et des effets. Faisons abstraction pour un moment des affections de la poitrine et de l'abdomen. La petite malade commence par éprouver un sentiment de faiblesse dans le bras *gauche*, et quelques instans après tombe sur le côté *gauche*, qui dès ce moment reste privé du *mouvement*, mais non de la *sensibilité*. Ainsi la paralysie commence assez brusquement, sans avoir été précédée d'aucun phénomène spasmodique ; et nous trouvons du côté droit du cerveau une espèce d'infiltration ou d'épanchement de sang dans la substance grise des circonvolutions, une suffusion sanguine dans la pie-mère qui les recouvre ; altérations qui ne peuvent avoir été produites que par une congestion hémorrhagique : celle-ci s'est renouvelée plusieurs fois, et coup sur coup, comme le prouve la succession des phénomènes paralytiques, et l'altération offre des traces non équivoques de plusieurs efforts hémorrhagiques. Ces mêmes symptômes prouvent que la congestion s'est opérée plus rapidement que dans les inflammations, et cependant d'une manière moins brusque et moins violente que dans les hémorrhagies complètes, qui constituent les apoplexies ordinaires. Aussi le sang était-il autant infiltré qu'épanché dans la substance grise. Enfin la malade avait conservé la sensibilité dans les membres privés de mouvement, l'intégrité de son intelligence et des fonctions des sens, et

le sang était étalé en couche mince à la surface du cerveau. Ainsi l'altération était peu profonde, et le cerveau n'avait perdu qu'une partie de ses fonctions.

§. II. Dans les inflammations cérébrales, les symptômes augmentent ou diminuent, suivant que la madie fait des progrès ou marche vers la résolution; mais ils ne peuvent rester long-temps stationnaires, parce qu'il n'est pas dans la nature de l'inflammation de persister long-temps au même degré. Dans les hémorrhagies cérébrales, au contraire, les symptômes étant dus à la présence du sang, ne peuvent diminuer qu'autant que l'absorption de ce corps étranger s'opère, ou augmenter qu'autant qu'il survient une inflammation ou une nouvelle hémorrhagie. Ici, après ces premiers symptômes, dus à des efforts hémorrhagiques en partie avortés, on n'observe aucun changement jusqu'au seizième jour; mais à cette époque, c'est-à-dire cinq jours après le commencement du traitement par la noix vomique, se manifestent des mouvemens convulsifs intermittens, une roideur permanente des muscles, remarquable surtout dans le membre paralysé : on administre un émétique qui ne produit pas de vomissement; mais il est bientôt suivi d'agitation des yeux, de variation dans l'ouverture de la pupille, de perte absolue de connaissance, etc. Ces symptômes diminuent à mesure que ceux de gastro-entérite s'aggravent; cependant, le vingt-neuvième jour, *on sent encore dans les membres*

paralysés une roideur insolite. Si l'on n'en parle pas pendant treize jours, c'est que l'attention a été détournée par d'autres symptômes graves. Le trente-unième, agitation, perte de connaissance; le lendemain, retour des mêmes phénomènes spasmodiques. Mort le trente-troisième. Ainsi les symptômes inflammatoires ont persisté avec plus ou moins d'intensité pendant quinze jours, et se sont exaspérés deux ou trois jours avant la mort. Une partie du lobe antérieur de l'hémisphère droit était comme fondue en une suppuration liquide, etc.; la substance cérébrale sous-jacente à l'épanchement du sang, était ramollie jusqu'au ventricule latéral, et fortement injectée; les circonvolutions adhéraient à l'arachnoïde. Voilà donc, d'une part, un abcès, c'est-à-dire une altération déjà ancienne, qui répond exactement à la première série des symptômes inflammatoires survenus seize jours avant la mort, et de l'autre un ramollissement, avec injection sanguine, qui s'accorde très-bien avec la recrudescence de ces mêmes symptômes trois jours avant la mort.

Si vous m'objectez qu'il est plus naturel de penser que l'inflammation a dû se développer d'abord autour de l'épanchement, je vous rappellerai l'Observation n° 11 de la Lettre première, où vous verrez qu'une suppuration s'est établie à une assez grande distance de deux petits caillots de sang autour desquels la substance cérébrale n'était point ramollie; ce qui prouve que ce n'est pas toujours autour de l'épan-

chement sanguin que se développe l'inflammation dont les symptômes se manifestent après ceux de l'hémorrhagie.

§. III. Vous avez sans doute remarqué que la substance cérébrale était comme *dissoute en une suppuration liquide*, semblable à une dissolution de substance cérébrale dans de la sérosité, et vous avez pu être surpris qu'au bout de seize jours, chez un enfant de trois ans, le pus n'ait pas été mieux élaboré, plus épais, ete. Mais rappelez-vous dans quelles circonstances cet abcès s'est formé. L'enfant était d'un tempérament *lymphatico-sanguin*, détérioré par des maladies antérieures; ses membres étaient infiltrés, et ses gencives molles et saignantes; circonstances qui annoncent une débilité profonde et générale.

Le côté du corps non paralysé a participé, quoiqu'à un faible degré, aux symptômes spasmodiques qui ont agité les membres paralysés; et l'arachnoïde de la surface des ventricules et des hémisphères, très-injectée, offrait des traces non équivoques d'inflammation. Cependant il n'est question ni de délire, ni de rien qui y ressemble; mais remarquez que le cerveau était déjà altéré quand l'inflammation de l'arachnoïde a commencé.

§. IV. Je ne puis revenir ici sur tous les détails dans lesquels je suis entré au sujet des inflammations qui succèdent aux hémorrhagies. Je vous engage à relire le §. XVI de la Lettre deuxième, page 256, les Ob-

servations de la Lettre première, n°s 7, 8, 10, 11, 12, celle de la note page 104, et celle du nommé Husson, Observation 28, page 120, de l'ouvrage de M. Rochoux (*Recherches sur l'Apoplexie*), et vous verrez que les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets.

Voyez aussi le §. XX, relativement à l'action de la noix vomique.

§. V. Les autres symptômes ne sont pas moins en harmonie avec les altérations pathologiques. Pendant quatre mois la malade a éprouvé des catarrhes des membranes pulmonaire et intestinale; pendant tout le cours de la maladie cérébrale, ces membranes ont continué à être affectées plus ou moins, et la fièvre a suivi d'une manière assez constante la marche des phlegmasies gastro-intestinale et pulmonaire. Ainsi, après une saignée et plusieurs applications de sangsues, à partir du huitième jour, la fièvre et le dévoiement diminuèrent jusqu'au quinzième, où, après l'administration de la noix vomiqne et d'un émétique, la fièvre reparut. Elle augmenta le lendemain, après une autre administration de noix vomique et d'émétique; s'exaspéra encore le vingtième, ainsi que la diarrhée. Le vingt-unième, survint une inflammation de la conjonctive qui fit de nouveau recourir aux sangsues. Le vingt-quatrième et les jours suivans, apparaissent des symptômes de pneumonie, qui font encore employer les évacuations sanguines; mais elles ne font qu'augmenter la prostration géné-

rale qui se manifeste sous toutes les formes. La membrane muqueuse du poumon, celle du colon et du rectum, offraient des traces non équivoques d'inflammation; et la partie postérieure de la poitrine, qui, pendant la vie, avait cessé d'être sonore par la percussion, correspondait à la partie postérieure des deux poumons, qui avait cessé d'être perméable à l'air.

§. IV. Il résulte du peu de mots que nous venons de dire du traitement, les conséquences suivantes, qui me paraissent de la plus haute importance: dans la première moitié de la maladie, les évacuations sanguines ont produit les plus heureux effets; la noix vomique et l'émétique ont exaspéré les affections qui existaient, et en ont produit de nouvelles. Les évacuations sanguines, employées de nouveau chez un sujet épuisé par le traitement antérieur, et accablé par le nombre et la gravité des maladies, ont été non-seulement inutiles, mais probablement nuisibles.

N° 13.

25 ans : coup de feu sur le pariétal *droit*, délire, agitation, mouvemens convulsifs à *gauche*, paralysie du même côté. Mort le septieme jour. — *Inflammation des méninges et suppuration d'une partie du cerveau à* droite. (Herpin, méningitis, page 64.)

Daniel Zelm, charretier du train d'artillerie, âgé de 25 ans, fort et robuste, reçut d'un autre soldat,

qui voulait l'assassiner, plusieurs coups de sabre sur la tête, la face et les membres thoraciques, et un coup de feu à la partie moyenne du pariétal (du côté *droit*, comme le prouve la suite de l'observation), la balle avait enfoncé les deux tables de l'os, et s'était divisée en deux portions, dont l'une, beaucoup plus petite, était entrée dans le crâne, et l'autre avait glissé entre le crâne et les tégumens. L'assassin, après l'avoir ainsi mutilé, le traîna dans une petite rivière, d'où il eut la force de sortir pour gagner son logement distant d'un quart de lieue. On fit à l'hôpital, où il fut transporté, l'extraction de la portion de balle extérieure; on débrida la plaie, et l'on enleva les esquilles qu'on put détacher; on réunit les autres plaies. Le soir, le malade, ayant repris sa chaleur naturelle, fut saigné.

Le lendemain, troisième jour de la blessure, il était dans l'assoupissement, lorsqu'on amena devant lui l'assassin; il le reconnut aussitôt, voulut s'élancer sur lui, et donna différens renseignemens fort exacts sur ce qui s'était passé. Depuis ce moment, agitation, fièvre, mouvemens irréguliers dans les muscles, *délire* (saignée), persistance des symptômes, convulsions du côté *gauche*, opposé à la plaie du cerveau; le quatrième jour, agitation dans tous les sens, cris affreux.

Le cinquième jour, paralysie du côté *gauche*. La main de l'autre côté se porte vers la plaie du crâne.

Le sixième jour, état apoplectique, respiration gênée, peau sèche. Le septième jour, mort.

Autopsie cadavérique. Vis-à-vis de la fracture (c'est-à-dire à *droite*), la méninge était dilacérée et noire dans une assez grande étendue. La portion du cerveau correspondante était *en suppuration* dans une étendue de six lignes de profondeur, et de plus de deux pouces de circonférence; on trouva dans cet endroit la petite portion de la balle entrée dans le crâne; presque tout le lobe droit, coupé horizontalement, paraissait bleuâtre. La méninge du côté gauche était injectée à l'endroit qui correspondait aux deux coups de sabre; entre elle et la méninge, on trouva une gelée tremblante, incolore et diaphane, l'hémisphère de ce côté était parfaitemant sain.

§. I. Vous voyez que le délire a précédé les convulsions, que celles-ci ont précédé la paralysie, qu'en même temps le malade s'agitait dans tous les sens, poussait des cris affreux, et portait sa main non paralysée à la plaie. Ces symptômes, par leur marche et par leur réunion, confirment si exactement tout ce que nous avons dit des inflammations de l'arachnoïde et du cerveau, et s'expliquent si clairement par l'autopsie cadavérique, que je me dispenserai de toute réflexion.

N° 14.

22 ans : fracture du crâne *à droite;* convulsions générales, hémiplégie à *gauche*. Mort quinze jours après.— *Inflammation des méninges, abcès dans le cerveau à* droite. (Herpin, méningitis, page 68.)

Un soldat de l'empereur d'Autriche, âgé d'environ 22 ans, petit de stature, d'une complexion faible, fut blessé, à la bataille de Hohenlinden, par une branche d'arbre qui, détachée par un boulet de canon, lui tomba sur la tête, et perça le crâne près la suture pariétale du côté *droit*. On ne fit aucune recherche sur le champ de bataille, et le malade fut évacué d'ambulance en ambulance durant quatre jours, vomissant pendant la route tout ce qu'il prenait. A son arrivée à l'hôpital, il avait des *convulsions générales* et un vomissement continuel. On incisa les tégumens; il en résulta une hémorrhagie qui cessa bientôt.

Le lendemain, cinquième jour, hémiplégie complète de tout le côté *gauche*, immobilité de l'œil du même côté, dilatation de la pupille insensible à la lumière, déjections involontaires; pendant huit jours, même état hémiplégique, presque point de fièvre, air hébété, stupeur, abattement général.

Vers le quinzième jour, symptômes adynamiques. Mort sans angoisses et sans agitation.

Autop. cadav. La méninge et la méningine étaient entières, mais changées de couleur et d'épaisseur.

En plongeant le scalpel dans le lobe *droit* du cerveau, il en sortit une grande quantité de pus. Toute la substance blanche et une grande partie de la cendrée étaient tombées en suppuration verdâtre, sans cependant être excessivement fétide; le lobe gauche était sain, ainsi que les méninges.

§. I. Cette observation ne présente de particulier que le vomissement opiniâtre qui a duré pendant quatre jours. C'est un symptôme commun dans les plaies de tête. Mais ce n'est pas ici le lieu de nous en occuper. Quant aux autres, vous voyez que la paralysie du côté gauche a été précédée de convulsions générales, dues à l'inflammation de l'arachnoïde. Ce qui est remarquable, l'œil du même côté et ses muscles moteurs ont participé à cette hémiplégie, puisque la pupille était dilatée, insensible aux impressions de la lumière, le globe de l'œil immobile, etc.

N° 15.

38 ans : légère contusion ; quinze jours après, affaiblissement du bras *droit*, ensuite de la jambe ; hémiplégie avec rigidité et douleur, lésion de l'intelligence. Mort le vingtième jour. *Petit abcès à la partie moyenne et interne de l'hémisphère* gauche. (Ducrot, *Essai sur la Céphalite*, 1812, Obs. 1re.)

« Louis Motel, âgé de 48 ans, se heurte le sommet de la tête contre le manteau d'une cheminée, sans éprouver, à l'instant du coup, d'autre accident

qu'un éblouissement momentané. Au bout de quinze jours, manifestation au *bras droit d'un léger affaiblissement, qui fait peu à peu des progrès.* Le cinquième jour, même phénomène au membre *inférieur* du même côté; en outre, changement notable dans les facultés de l'entendement, aspect stupide du visage, air d'étonnement, difficulté dans l'association des idées, altération de la mémoire, pouls faible et concentré. Le huitième, paralysie complète des deux membres malades, avec *rigidité et douleur;* mémoire plus altérée, nulle augmentation dans la lésion du jugement, nul coma: on observe que la rigidité et la douleur sont beaucoup plus prononcées au membre supérieur qu'à l'inférieur. Jusqu'au quatorzième, point de changement. Le quinzième, un peu d'assoupissement, altération des traits du visage, sécheresse de la langue, soif, chaleur de la peau, fréquence et faiblesse du pouls. Le dix-huitième, perte de connaissance, déjections et urines involontaires. Le dix-neuvième, respiration stertoreuse, extrémités froides. Le vingtième, mort.

» On trouva à la partie moyenne et interne du lobe *gauche* du cerveau un foyer purulent, qui avait à peu près quatre lignes de diamètre, et dont les parties environnantes étaient d'un rouge sablé, dans une épaisseur de deux lignes; les autres parties du cerveau n'offraient rien de remarquable. »

§. I. M. Ducrot rapporte cette interéssante observation comme un exemple de *céphalite*, exempte de

complication, et fait observer que le malade n'a éprouvé ni délire, ni agitation, ni mouvemens convulsifs, etc.; symptômes qu'il attribue, dans l'autre observation que je vous ai citée (*Voy.* n° 1), à l'inflammation de l'arachnoïde, qui avait précédé celle du cerveau; en conséquence, il regarde ceux que vous venez de lire comme caractéristiques de la céphalite. Je n'ai rien à ajouter aux judicieuses réflexions de M. Ducrot, sinon que son observation, par la réunion des symptômes qu'elle présente, par la marche simple de la maladie et l'état des parties affectées, pourrait servir de modèle pour la description de l'encéphalite, et que ces symptômes, cette marche, etc., sont précisément les mêmes que nous avons signalés comme pathognomoniques des *ramollissemens* simples du cerveau. En effet, la paralysie se développa d'une manière extrêmement lente et graduée, commença par le bras, fut accompagnée de rigidité, de douleurs: ces phénomènes furent plus prononcés au membre supérieur qu'à l'inférieur; en même temps toutes les fonctions intellectuelles diminuèrent exactement dans la même progression que la paralysie augmentait.

M. Ducrot parle d'altération dans le pouls, mais ce n'est qu'au quinzième jour; et en même temps il décrit les symptômes d'une gastro-entérite, tels que sécheresse de la langue, soif, chaleur de la peau. Il est fâcheux qu'il n'ait pas fait mention du traitement employé, et n'ait pas examiné tous les viscères. En-

fin, vous voyez que la respiration n'a commencé à s'embarrasser que la veille de la mort.

§. II. Une circonstance importante à noter, c'est que la maladie a commencé d'une manière peu énergique, et a suivi lentement son cours: aussi l'altération était peu étendue, et le malade n'est mort que le vingtième jour.

M. Quesnay rapporte, dans les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie* (*Remarques sur les plaies du cerveau*, t. 2, in-8., Obs. 6) l'observation suivante de La Peyronie.

N° 16.

Chute sur le pariétal *gauche ;* vingt-huit jours après, mouvemens convulsifs et paralysie incomplète du côté *droit.* — *Abcès dans l'hémisphère* gauche *du cerveau.*

« Un enfant fit une chute sur le pariétal *gauche*, qui fut suivie d'accidens qui indiquèrent le trépan. Cette opération donna issue à un épanchement considérable qui s'était fait sur la dure-mère; du reste, cette membrane se trouva en bon état, et les accidens disparurent juqu'au vingt-huitième jour, *qu'il survint des mouvemens convulsifs*, *une paralysie incomplète du côté droit*, un assoupissement et une perte de connaissance presque continuelle. » M. de La Peyronie, ayant incisé la dure-mère, et ne trouvant rien sous cette membrane, proposa d'inciser le cerveau lui-même. « L'entreprise parut trop hardie

on s'y opposa, et l'enfant périt dans les convulsions. M. de La Peyronie lui ouvrit la tête, où il trouva en effet, vis-à-vis de l'ouverture du trépan, un abcès dans la substance du cerveau, qui n'était qu'à trois ou quatre lignes de profondeur. »

§. I. Dans cette observation, comme dans presque toutes celles de plaies de tête, ce qui est purement chirurgical est mis en première ligne; les symptômes et les altérations pathologiques sont plutôt indiqués que décrits; cependant vous voyez qu'après la disparition des accidens primitifs, il survint des *mouvemens convulsifs* et une *paralysie incomplète* du côté *droit*, etc., et qu'on trouva un abcès dans l'hémisphère *gauche* du cerveau. Je dis dans l'hémisphère gauche, parce que cet abcès correspondait à l'ouverture du trépan. Or, le trépan a dû être appliqué à l'endroit de la contusion; et il est dit dans le commencement de l'observation, que l'enfant était tombé sur le pariétal gauche ; donc l'abcès était dans l'hémisphère gauche.

Il n'est question ni de délire, ni d'agitation, ni de fièvre, et le cerveau paraît avoir été seul affecté.

§. II. Bonet rapporte (Lett. 4, sect. 3, Obs. 33) une observation analogue de Burcard. Le malade fut affecté d'hémiplégie deux jours avant la mort, et l'on trouva un abcès dans l'hémisphère du cerveau opposé à la paralysie. Je ne vous la rapporte pas parce qu'elle est trop incomplète.

N 17.

33 ans : maladie vénérienne constitutionnelle, vomissemens, hoquets, mouvemens convulsifs de la face et du bras à droite ; paralysie du côté *gauche*, etc. ; *abcès à la partie antérieure de l'hémisphère* droit, *carie correspondante de l'ethmoïde et du coronal, désorganisation de la dure-mère.* (Obs. communiquée par M. le docteur Guérin, alors élève interne à l'hopital des Vénériens.)

Le nommé Cheveau eut, à l'âge de 17 ans, des chancres vénériens, qu'on fit promptement disparaître par un traitement local, peu méthodique. 14 ans après, il lui survint au voile du palais des ulcérations qui, traitées par des gargarismes simples, guérirent au bout de trois mois. Quelque temps après, la cloison des fosses nasales se détruisit, ainsi que l'aile droite du nez et une grande partie de l'aile gauche ; enfin l'ulcère gagna la joue et la lèvre supérieure. C'est dans cet état que le malade, alors âgé de 33 ans, entra à l'hôpital des Vénériens, le 29 mars 1816. Il fut mis aussitôt à l'usage du sublimé en liqueur : le 7 octobre, il en avait pris quatre-vingt-dix doses (quarante-cinq grains), et l'ulcère de la face était cicatrisé. Mais depuis quelques jours, le malade se plaignait de maux d'estomac, d'inappétence, de gêne dans la respiration, de fièvre, accompagnée de sueurs nocturnes, symptômes qui forcèrent de suspendre le traitement. Bientôt il devint d'une humeur sombre et

triste, éprouva des pesanteurs de tête, de l'assoupissement, des étourdissemens fréquens, surtout quand il était debout; il ne parlait plus et répondait avec peine, mais sans cependant déraisonner.

Le dix-huit octobre, avant d'avoir rien pris, il rendit beaucoup de matières verdâtres; les vomissemens se renouvelèrent dans la nuit; point de selles. Les deux jours suivans, hoquets, efforts infructueux de vomissement.

Le vingt-un, assoupissement profond, dont il est difficile de tirer le malade; hoquets violens, pendant lesquels se manifestent les symptômes suivans: perte complète de connaissance, mouvemens convulsifs dans le côté droit de la face et le bras droit, paralysie de tout le côté *gauche* du corps, immobilité des yeux, serrement des mâchoires, bouche écumeuse, face décolorée, respiration stertoreuse, pouls petit et concentré, mouvemens du cœur irréguliers, violens et rapides. (Applications froides sur la tête, émétique en lavage, lavement purgatif.) Le lendemain, même état. (Saignée du bras, vésicatoire, décoction de quinquina.)

Le vingt-trois, même état. (Sangsues, boissons émétisées.) Dans la journée, retour de la connaissance et de la sensibilité; après cette amélioration de courte durée, prostration générale. Mort.

Autop. cadav. A la partie inférieure du lobe antérieur *droit* du cerveau, on trouva un abcès situé à un demi-pouce de la surface externe, étendu jus-

qu'à la surface inférieure, et paraissant communiquer avec la fosse nasale correspondante, par deux ouvertures de la lame criblée de l'ethmoïde; le ventricule latéral correspondant était intact, le coronal carié du même côté, mais non perforé; la dure-mère était séparée de l'os, désorganisée et comme putréfiée.

§. I. Les symptômes gastriques observés dans les premiers temps de la maladie, avaient-ils été produits sympathiquement par l'affection cérébrale, comme cela arrive si souvent, ou bien par une irritation de l'estomac, survenue à la suite de l'usage long-temps prolongé du sublimé? Cette dernière opinion est la plus probable : il est fâcheux qu'on n'ait pas examiné les viscères abdominaux.

La carie du crâne a été la cause première de l'inflammation de la dure-mère, qui s'est étendue ensuite à l'arachnoïde et au cerveau. C'est à cette affection chronique, qui marchait sourdement, qu'il faut attribuer le changement survenu dans le caractère du malade, les pesanteurs de tête, l'assoupissement, les étourdissemens, etc., qui ont précédé l'apparition des symptômes d'inflammation aiguë de l'arachnoïde et du cerveau. Quant à ces derniers, ils n'ont offert rien de particulier que nous n'ayons observé dans les cas analogues; la paralysie occupait la moitié du corps opposé à l'abcès du cerveau, et les convulsions correspondaient au côté du corps qui n'était pas paralysé.

Les boissons émétisées étaient-elles bien indiquées dans un cas où les vomissemens avaient persisté pendant trois jours d'une manière si violente et si opiniâtre?

Voici une observation dans laquelle la maladie a été complétement méconnue, parce qu'elle n'était pas due à une cause externe ; et vous allez voir combien cette circonstance a influé sur le traitement.

N° 18.

Ivresse : céphalalgie sourde, délire, symptômes d'apoplexie, roideur des membres, surtout à *gauche*, traitement stimulant ; sixième jour, amélioration. Mort le septième. — *Petit abcès dans l'hémisphère* droit *du cerveau ; épanchement de sang et de sérosité dans les ventricules.* (Journ. univ. des Sciences médic., février 1821, page 229 ; Obs. du docteur Kerckoffs.)

Hafliger (Joseph), d'une constitution robuste, d'un tempérament bilioso-lymphatique, fit, le 4 septembre, un excès de boisson. Le 5 au matin, il se plaignit d'une douleur de tête sourde, et eut bientôt un délire violent et continuel, avec un peu de fièvre. On ne découvrit à la tête aucune trace de plaie ni de contusion. Le 6, il entra à l'hôpital avec les symptômes suivans : prostration des forces, état de *stupeur* et d'*apoplexie*, *aphonie*, *roideur des extrémités*; le côté *gauche* paraît plus affecté que le droit. Physionomie égarée, yeux larmoyans, immobiles et insensibles à la lumière ; pupille dilatée, abdomen fortement tendu, respira-

tion gênée et très-difficile, peau tantôt sèche et tantôt couverte d'une sueur gluante et froide, pouls petit et irrégulier, langue légèrement chargée d'un enduit blanchâtre. (Lavemens émolliens, légère infusion de feuilles de séné, avec quelques gros de sulfate de magnésie.) Une selle *sèche* et *brûlante*, diminution de la tension du ventre, persistance des autres symptômes.

Le 7, *l'asthénie du système nerveux* augmentant, on fit prendre au malade une assez forte infusion d'arnica, avec l'éther sulfurique et le laudanum, et on lui appliqua des vésicatoires ambulans.

Le 8 et le 9, point de changement. (Forte infusion d'arnica, avec trois gros de carbonate d'ammoniaque, et un gros et demi de camphre; frictions sur la tête avec une teinture de cantharides unie à l'onguent mercuriel, et sur le corps avec un liniment volatil.)

Le 10, on vit avec surprise que le malade commençait à parler, et que les symptômes se calmaient un peu; mais le délire fut violent. Même prescription que la veille; on permet du bouillon avec un peu de vin.

Le 11, à quatre heures du matin, tous les symptômes reprirent avec la plus grande intensité, et le trismus ne permit plus au malade d'avaler la moindre chose. Entre onze heures et midi, il mourut dans un état convulsif remarquable.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le lobe

droit du cerveau un abcès de la grandeur d'un œuf de poulette, contenant une matière purulente, visqueuse et d'une odeur fétide; on trouva un épanchement considérable de sérosité dans le *sinus* gauche, et un peu de sang coagulé dans le *sinus* droit; on trouva aussi le canal intestinal distendu par des gaz; le duodénum, la portion transverse du colon et la face concave du foie, légèrement enflammés; la vésicule du fiel gorgée d'une bile gluante et noirâtre. »

§. I. Cette observation est remarquable sous beaucoup de rapports. L'invasion de la maladie paraît avoir été déterminée par un excès de liqueurs alcooliques; et vous avez vu que l'abus des boissons fermentées était une des causes les plus fréquentes des *ramollissemens* du cerveau.

Les premiers symptômes ont été une céphalalgie sourde, un délire violent et continuel, etc., et il existait dans les ventricules un épanchement considérable de sérosité et un peu de sang coagulé, indices non équivoques d'une inflammation de l'arachnoïde. Nous avons vu, en parlant des symptômes de ramollissement, que la céphalalgie diminuait à mesure que la paralysie, la stupeur, etc., faisaient des progrès, c'est-à-dire à mesure que le cerveau, plus affecté, cessait de percevoir les sensations ou de pouvoir en transmettre la perception par des signes extérieurs. Nous avons fait la même remarque à l'occasion du délire, que nous avons regardé comme le résultat

d'une excitation ou d'une irritation du cerveau, compatible avec l'exercice de ses fonctions; et nous avons vu que, dans l'inflammation aiguë de sa substance, elles étaient anéanties. Cependant, dans cette observation, le délire revint le 10 avec violence; mais je vous ferai remarquer que le malade avait en même temps recouvré l'usage de la parole, et que les autres symptômes étaient diminués.

Je n'examinerai pas ici la cause de cette amélioration inespérée; il me suffit de vous faire remarquer que nous avons observé le même phénomène dans le plus grand nombre de cas où le pus était rassemblé en foyers plus ou moins distincts. Mais quelle qu'en soit la cause, toujours est-il fort remarquable que le retour du délire ait coïncidé avec le retour momentané des fonctions du cerveau, et que ce symptôme ait cessé de nouveau, quand les autres ont reparu. Cette circonstance, loin de détruire la vérité de nos assertions, la confirme donc, au contraire, de plus en plus.

§. II. Il n'est pas question, dans tout le cours de cette observation, de paralysie proprement dite dans le côté du corps opposé à l'abcès du cerveau; mais vous remarquerez que l'auteur parle de prostration des forces, d'un état d'*apoplexie*, accompagné de roideur; et il ajoute que le côté *gauche* paraissait plus affecté que le droit. Tout se borne, comme vous le voyez, à un défaut de précision dans l'exposition ou dans l'observation des symptômes.

Le malade a eu un peu de fièvre ; la peau était tantôt sèche, tantôt couverte d'une sueur froide, l'abdomen fortement tendu, etc., et la membrane muqueuse gastro-intestinale était enflammée dans plusieurs points.

§. III. Le traitement suivi dans cette circonstance est bien propre à faire naître de sérieuses réflexions sur les dangers de l'empirisme en médecine, et la nécessité de remonter, dans l'analyse des symptômes, jusqu'à l'affection de l'organe qui les produit, de la même manière qu'on apprécie les formes et les dimensions d'un corps qu'on ne voit pas, par l'image que produit son ombre : ici, comme dans tant d'autres circonstances, c'est l'ombre de la maladie qu'on a combattue. Si les mêmes symptômes s'étaient manifestés à la suite d'un coup, d'une chute, etc., nul doute qu'on n'eût saigné copieusement ; mais *on ne découvrit à la tête aucune trace de plaie*, *ni de contusion* ; donc la maladie devait être essentielle. *L'asthénie* du système nerveux faisait des progrès ; donc il fallait employer les médicamens *sthéniques* les plus énergiques. C'est ainsi que les mots influent sur les choses ; c'est ainsi que la vie d'un malade dépend d'un raisonnement vicieux ou d'un système erroné.

N° 19.

Douleur dans le côté *gauche* de la tête et du cou ; fièvre violente; difficulté dans les mouvemens, délire intermittent, aphonie, paralysie.— *Matière purulente à la base du crâne et dans les ventricules, communication du droit avec un foyer purulent existant dans le corps strié.* (Obs. de Valsalva. *Voyez* Morgagni, Epist. V, n° 2.)

Un homme âgé de 33 ans, d'un tempérament sanguin, grêle, affecté de hernie, passionnément adonné au *vin* et au tabac, éprouva d'abord une douleur dans le côté *gauche* de la tête, surtout vers l'occiput, suivie bientôt de douleur et de faiblesse dans le même côté du cou. La fièvre fut d'abord violente, ensuite elle parut se calmer. Cependant le pouls devint non-seulement rare, mais encore faible et peu résistant; en même temps les forces diminuèrent au point que tous les mouvemens du corps étaient devenus difficiles; enfin, après un délire intermittent, le malade perdit l'usage de la voix et la faculté de se mouvoir jusqu'à la mort, qui survint après le quatorzième jour, d'une manière lente et progressive.

En séparant le cerveau de la cavité du crâne, on remarqua à sa base un peu de matière purulente, qui ayant été abstergée, fut remplacée par d'autre, dès qu'on remua le cerveau. Elle venait certainement des ventricules par l'*infundibulum;* car le gauche, et surtout le droit, étaient remplis de matière semblable;

Dans le corps strié de ce côté (droit), existait un trou avec lequel communiquait un *ulcère* sinueux, occupant le tiers de la substance qui formait la base de l'hémisphère droit; du côté gauche, le cerveau n'était point altéré.

§. I. Morgagni rapporte cette observation parmi les apoplexies; et cependant il a soin de faire observer que, malgré la ressemblance apparente qu'on pourrait trouver entre cette altération du cerveau et les *cavernes* des apoplexies sanguines, ouvertes dans les ventricules, le sang, ne pouvant se transformer en pus, il faut admettre qu'un abcès s'est formé peu à peu dans le cerveau, et qu'ensuite le pus s'est frayé une voie à travers le corps strié, jusque dans le ventricule latéral, etc. Pourquoi donc Morgagni rapproche-t-il cette observation des apoplexies sanguines? c'est que la maladie n'a pas été produite par cause externe, et qu'il ne traite des inflammations du cerveau qu'à l'occasion des plaies de tête. Cette manière d'envisager deux maladies identiques est encore un des résultats de la séparation établie entre la chirurgie et la médecine. Du reste, les symptômes rapportés par Morgagni sont ceux qu'on observe dans les cas analogues produits par cause externe, et il n'est pas possible de les confondre avec ceux d'une apoplexie sanguine.

La paralysie a été précédée de céphalalgie (ce qui est assez remarquable, le malade rapportait la douleur au côté gauche de la tête, et l'abcès s'est trouvé

dans l'hémisphère droit). L'affaiblissement a commencé par le côté du cou, opposé à la maladie; il a été accompagné de douleur, les mouvemens sont devenus difficiles; après un délire intermittent, le malade perdit la parole et ensuite toute espèce de mouvement. Certes, la paralysie, produite par hémorrhagie cérébrale, est loin de présenter ces phénomènes et de marcher avec cette lenteur.

§. II. Ici le délire ne s'est manifesté que vers la fin de la maladie; mais remarquez que l'inflammation a commencé par le cerveau. L'abcès qui en est résulté s'est ensuite épanché dans les ventricules et à la base du crâne. Il est évident que cet épanchement a déterminé l'inflammation de l'arachnoïde, en contact avec le pus, et qu'en même temps, et par l'effet de cette même rupture, le cervean soulagé a repris momentanément l'exercice de ses fonctions : voilà pourquoi le délire ne s'est manifesté qu'à cette époque. Ensuite la suppuration fournie par l'arachnoïde, se joignant à celle qui était sortie du cerveau, le délire a cessé, la paralysie a fait des progrès, et s'est étendue aux deux côtés du corps.

§. III. J. Scultet (Armam. chirurg. Obs. 15) rapporte aussi une observation d'abcès du cerveau, produit par cause externe, et ouvert dans le ventricule droit qu'il avait rempli de pus. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux qui ont été observés par Morgagni ; mais ils manquent de détails, et Scultet n'ayant pas vu la malade, ne parle que d'après

le récit des assistans : voilà pourquoi je ne fais que vous l'indiquer.

Il n'en est pas de même de l'observation suivante de M. Chizeau de Nantes (Journal de Sédillot, t. 6, p. 285). Je vous la rapporterai dans tous ses détails, parce que, malgré les nombreuses complications qu'elle présente, comme elle a été recueillie avec soin, nous pourrons en analyser toutes les circonstances.

N° 20.

A quatre mois et demi, rhume, malaise, vomissemens, ensuite altération de la vision, dilatation, immobilité de la pupille, fréquens accès de convulsions de tous les muscles ; quinze jours après, paralysie du bras et de la paupière *gauche*, hoquet.— *Inflammation des membranes du cerveau*, *suppuration de l'hémisphère* droit, *affection de l'estomac*, *des intestins grêles et de la vessie.*

Un enfant très-sain en apparence, et né d'une mère très-sensible, tant au physique qu'au moral, n'avait ressenti jusqu'au quatrième mois que de légères indispositions attribuées au manque de lait de la mère.

Sevré à cette époque, et nourri de lait coupé avec de la décoction d'orge mondé et de riz, il eut, quinze jours après, un rhume, du malaise, des vomissemens de bouillie mêlée de glaire et de matière écumeuse, un sommeil interrompu. (Changement de nourriture, sirop d'ipécacuanha.). Point d'amélioration ; bientôt l'enfant perdit sa gaîté naturelle, et l'œil son éclat ordinaire ; ses paupières se fermaient de temps en temps ; il semblait ne plus fixer comme à l'ordinaire

les objets qui l'environnaient; la pupille était dilatée et immobile. Tout son être était devenu moins sensible; les convulsions des yeux, de la face et des membres, se répétaient souvent. (Boissons antispasmodiques, vin coupé.) Quinze jours après, légère enflure au bras et à la main *gauche*, *qui gênait singulièrement le mouvement de ces parties.* L'œil du même côté était moins ouvert, la vue paraissait confuse; l'enfant ne pouvait plus téter; hoquet très-fatigant, pour lequel on applique sur la région de l'estomac un petit vésicatoire qui produit une exaspération momentanée. (Sirop béchique, lav. émolliens.) Après six semaines de langueur, mort à l'âge de neuf mois et demi.

Quand on sépara le crâne, il s'écoula un verre d'eau limpide; l'hémisphère gauche et le ventricule de ce côté étaient sains; du côté droit, les méninges étaient épaissies et phlogosées; la substance corticale était plus ferme et marquée çà et là de points, comme il arrive aux parties affectées d'inflammation. Mais plus profondément, tout cet hémisphère n'était qu'un foyer purulent, sans odeur, et ne conservait plus aucune trace de son organisation; la tente du cervelet paraissait aussi phlogosée. Le bas-ventre présentait aussi quelques altérations; l'estomac et les intestins grêles étaient rétrécis; les gros intestins, au contraire, étaient distendus, ainsi que la vessie, qui contenait beaucoup d'urine; il n'y avait pas de traces de contusion aux parois du crâne.

26.

§. I. Cette observation n'est pas moins remarquable comme exemple rare d'inflammation *spontanée* du cerveau, à une époque aussi voisine de la naissance, qu'intéressante dans ses détails.

Les premiers symptômes qui se manifestent sont ceux d'une affection de la membrane muqueuse du poumon et des voies digestives. « L'estomac et les intestins grêles étaient rétrécis. » Il est fâcheux qu'on ne les ait pas ouverts, car cet état de constriction est ordinairement la suite d'une irritation chronique; le sommeil devient interrompu, perte de la gaîté, trouble dans la vision, etc.... ; *mouvemens convulsifs des yeux, de la face et des membres, revenant par accès.* Ainsi ces convulsions, comme cellès que nous avons vues jusqu'à présent produites par l'inflammation de l'arachnoïde, affectaient les deux moitiés du corps, et n'étaient point accompagnées de paralysie. « Les méninges du côté droit étaient *épaissies* et phlogosées. » Cet épaississement annonce assez l'ancienneté de l'inflammation, et les détails de l'autopsie prouvent qu'elle n'était pas bornée au côté droit, puisqu'il s'écoula un verre de sérosité quand on sépara le crâne, et que « la tente du cervelet paraissait aussi phlogosée. » Quinze jours après l'apparition de ces mouvemens convulsifs, « légère enflure au bras et à la main *gauche*, qui gênait singulièrement le mouvement de ces parties. » Ici il est évident que l'auteur se trompe sur la cause de cette perte de mouvement; ce qui prouve que c'était une

véritable paralysie produite par l'inflammation du cerveau, c'est que « l'œil du même côté était aussi moins ouvert; » c'est qu'enfin l'abcès occupait l'hémisphère droit du cerveau, et que ces symptômes existaient à gauche.

§. II. Vous avez peut-être remarqué que la substance corticale qui recouvrait l'abcès était plus ferme qu'à l'ordinaire, tandis que nous avons vu, dans d'autres cas, la substance cérébrale environnante, ramollie et comme diffluente : mais rappelez-vous qu'alors la mort a été très prompte, tandis qu'ici elle est survenue six semaines ou deux mois seulement après l'apparition de la paralysie. Cette augmentation de densité est donc une suite nécessaire des changemens qui s'opèrent avec le temps dans les portions de cerveau qui environnent le pus.

§. III. Enfin vous avez remarqué que la vessie contenait beaucoup d'urine; cette circonstance doit vous rappeler les explications dans lesquelles nous sommes entrés au sujet des rétentions d'urine qui surviennent dans les affections cérébrales.

Ainsi, malgré les difficultés que présente toujours, dans un âge aussi tendre, l'étude des symptômes; malgré la manière dont quelques-uns ont été envisagés par l'auteur, vous voyez combien ils sont en harmonie avec les altérations pathologiques; combien toutes les parties de cette observation s'accordent avec ce que nous avons observé chez les adultes.

Certes, il est satisfaisant de voir que, malgré la diffé-

rence des âges, malgré les opinions particulières de chaque observateur, tous les faits se ressemblent quand ils sont recueillis avec soin et rendus avec les détails convenables.

N° 21.

65 ans : paralysie du mouvement du côté *droit*, conservation de la sensibilité ; boissons émétisées, dévoiement, fièvre ; dix-septième jour, noix vomique, roideur passagère des membres paralysés ; rechute, symptômes adynamiques. Mort le cinquante-troisième jour.— *Vaste abcès dans l'hémisphère* gauche, *commencement de kyste*, *inflammation de l'estomac et des intestins grêles*. (Observ. communiquée par M. le docteur Thibert.)

Souchet, voiturier, âgé de 66 ans, d'un tempérament mixte, d'une constitution peu robuste, fort adonné aux boissons spiritueuses, en prend jusqu'à l'ivresse le 12 avril 1817, et se couche. Au milieu de la nuit, il se réveille, pousse un cri, et tombe dans la ruelle ; il présente les symptômes suivans : Paralysie complète du mouvement dans tout le côté *droit* du corps, diminution considérable des fonctions intellectuelles, parole inintelligible, quoique la langue puisse exécuter quelques mouvemens et sortir de la bouche ; expulsion involontaire de l'urine et des matières fécales. Pendant trois jours, traitement insignifiant. Entré le 15 à l'hôpital Saint-Louis, il était dans l'état suivant : Face animée, yeux ternes et chassieux, pupille droite dilatée et immo-

bile à l'impression d'une vive lumière, commissure tirée à *gauche*, langue déviée à droite en sortant de la bouche, et recouverte d'une croûte sèche, jaune et brunâtre; ventre souple, indolent sous la pression; haleine un peu fétide, respiration facile, pouls lent et assez plein, état soporeux habituel, fonctions intellectuelles comme engourdies : seulement la peau avait conservé toute sa sensibilité, même du côté paralysé. (Eau de veau émétisée, deux lavemens purgatifs, pédiluves sinapisés, et sinapismes aux pieds.) Le soir, face plus animée, pouls plus fort (douze sangsues à l'anus, éméto-cathartique); selles copieuses, pas de vomissemens.

Cinquième jour, état moins soporeux, mais efforts inutiles pour parler. (Même prescription.)

Sixième jour, langue plus brune, cessation des selles (3 grains d'émétique), plusieurs selles liquides dans la matinée, *fièvre très-forte le soir.*

Septième jour, faiblesse des mouvemens, *odeur de souris.* (Infusion de tilleul, potion tonique.)

Huitième jour et suivans, on permet du vin et du bouillon; les mêmes symptômes continuent à peu près au même degré; cependant les selles deviennent moins fréquentes et moins fluides; la langue s'humecte. Persistance d'un mouvement fébrile, marqué tous les soirs par une moiteur générale, l'injection de la face, et un état soporeux plus prononcé.

Au dix-septième jour, on crut n'avoir plus à combattre que la paralysie, et l'on commença l'adminis-

tration de la noix vomique, dont on porta successivement la dose jusqu'à six grains par jour : ils ne produisirent d'autres mouvemens spasmodiques que des roideurs passagères dans les muscles fléchisseurs des membres paralysés. Le malade, qui jusqu'alors avait paru éprouver quelque amélioration dans son état, retomba peu à peu dans un coma dont on ne le tirait que difficilement. Les facultés intellectuelles s'anéantirent; la parole, qui était un peu revenue, devint plus embarrassée, moins inintelligible; le côté gauche du corps perdit presque entièrement l'usage du mouvement. Langue fuligineuse, évacuations alvines très-fétides, sueurs irrégulières, peau terreuse, excoriation de la peau qui recouvre le sacrum, prostration, marasme. Mort le 8 juin, cinquante-trois jours après l'invasion de la maladie.

Autop. cadav.... Tête. Tissu de la pie-mère infiltré de sérosité à la partie supérieure des hémisphères; le gauche, affaissé sur lui-même, incisé dans le sens de son diamètre antéro-postérieur, présente un vaste foyer, contenant une matière séro-purulente très-fluide, dans laquelle on ne trouve aucune trace de sang. Les parois du foyer, comme filandreuses, paraissent formées par le tissu cellulaire du cerveau, qui a résisté à la destruction. L'abcès, occupant toutes les circonvolutions supérieures et latérales de l'hémisphère, s'étend jusqu'au corps strié, mais sans pénétrer jusqu'au ventricule.

Abdomen. Plaques rouges peu nombreuses sur la

membrane muqueuse de l'estomac, plus abondantes sur celles des intestins grêles, surtout vers la fin, où l'on remarque de plus des ulcérations grisâtres ou brunâtres.

§. I. Jusqu'au moment de l'ouverture du cadavre, on a cru et on a dû croire à l'existence d'une hémorrhagie cérébrale. Mais vous remarquerez que le malade n'a été apporté à l'hôpital que le troisième jour, et n'a été observé chez lui par aucun homme de l'art. Faut-il penser, d'après le témoignage des parens, que l'attaque de paralysie ait été aussi brusque et aussi violente que dans l'apoplexie sanguine? On peut au moins en douter, quand on voit que le troisième jour, les membres privés de mouvement avaient encore conservé toute leur sensibilité. Est-il probable que la paralysie n'ait été précédée ou accompagnée d'aucun phénomène spasmodique, puisque le malade, après avoir poussé un cri, tomba dans la ruelle de son lit? Il est si facile de ne pas remarquer une légère roideur permanente des membres paralysés ou des mouvemens convulsifs intermittens! Il est donc infiniment probable que les symptômes observés attentivement dès le début, eussent présenté quelques-uns des caractères propres aux inflammations du cerveau.

§. II. Vous remarquerez que le malade n'a éprouvé ni délire, ni agitation, ni mouvemens spasmodiques, du côté du corps non paralysé: aussi l'inflammation était-elle bornée au cerveau.

§. III. Les parois du foyer, *comme filandreuses*, *paraissaient formées par le tissu cellulaire des portions du cerveau détruites par la suppuration.* C'est en effet de cette manière que commencent les membranes qui s'organisent ensuite autour du pus pour former des kystes ; et vous remarquerez que le malade n'est mort que le cinquante-troisième jour de la maladie. La suppuration était séro-purulente et très-fluide; mais le malade avait 66 ans ; il était peu robuste. Les seuls phénomènes spasmodiques, observés après l'emploi de la noix vomique, se sont bornés à quelques roideurs passagères des membres paralysés. Le peu d'acuité des symptômes inflammatoires s'explique donc par l'état du malade, et s'accorde avec la nature de la suppuration. (*Voyez* l'Observation n° 12.)

§. IV. L'influence du traitement a été très-remarquable. Le jour de l'entrée du malade, on donne l'eau de veau émétisée, des lavemens purgatifs, des pédiluves sinapisés ; on applique de la moutarde aux pieds. *Le soir, la face est plus animée, le pouls plus fort.* L'excitation fait appliquer douze sangsues à l'anus ; on donne un éméto-cathartique qui produit plusieurs selles et point de vomissemens. Le lendemain, cinquième jour, les symptômes cérébraux sont améliorés ; on continue l'éméto-cathartique, qui ne produit plus ni selles, ni vomissemens : alors on donne trois grains d'émétique qui ne font pas vomir, mais la langue devient plus brune. Le soir, pour la pre-

mière fois, *fièvre très-forte.* Depuis ce moment jusqu'au dix-septième jour, infusion de tilleul, potion tonique; le dévoiement continue, *la fièvre* revient tous les soirs. Cependant la langue commence à s'humecter; les selles sont devenues moins fréquentes et moins fluides, lorsque le dix-septième jour et les suivans, on donne la noix vomique. Depuis ce moment, non-seulement les symptômes cérébraux s'aggravent d'une manière remarquable, mais encore la langue devient fuligineuse, la peau terreuse; les selles prennent une odeur fétide, etc. Après la mort, on trouve des traces d'inflammation dans l'estomac, et surtout dans les intestins grêles, et vers la fin de ces derniers, des ulcérations. Les conséquences à déduire du simple rapprochement de ces faits sont si claires, que je n'ai pas même besoin de vous les indiquer.

N° 23.

26 ans : fourmillemens dans la main *gauche*, perte du mouvement, céphalalgie, convulsions, hémiplégie à *gauche*, disparition des symptômes, rechute. Mort le cinquantième jour. — *Abcès au milieu de l'hémisphère* droit. (*Biblioth. médic.*, tome 31, page 97, Obs. de M. Vaidy.)

Un soldat âgé de 26 ans est pris tout à coup, et sans cause connue, de fourmillemens dans les doigts de la main *gauche;* au bout de vingt-quatre heures, il a complétement perdu le mouvement de cette main. Le quatrième jour, douleurs de tête, mouvemens convulsifs, sentiment de picotement et de for-

mication dans le côté *gauche* du corps, suivi d'*hémiplégie* de ce même côté. Le treizième jour, la main recouvre le mouvement. Le lendemain, l'avant-bras, le bras et l'épaule le recouvrent aussi; le mal de tête diminue. Le vingtième jour, les mouvemens sont bien libres, le malade peut marcher. Les trente-deuxième et trente-troisième, convulsions violentes, retour des douleurs de tête et de l'hémiplégie. Les jours suivans, assoupissement par intervalles, nuits assez tranquilles. Le cinquantième jour, le malade meurt sans agitation. (Durant tout le cours de la maladie, nulle altération dans les facultés intellectuelles.)

A l'ouverture du cadavre on trouve dans la partie moyenne du *lobe droit* du cerveau une collection d'environ trois onces de pus homogène, sans odeur, et d'un blanc jaunâtre. Les parois de l'abcès sont d'un fond jaune, parsemé de granulations purpurines très-abondantes.

§. I. Vous retrouvez dans cette observation remarquable par l'exactitude de ses détails, la marche lente et progressive de la paralysie : la céphalalgie, les mouvemens convulsifs, le sentiment de picotement et de formication des membres paralysés, que nous avons observés dans les cas de ramollissement. De plus, vous voyez, comme dans la plupart des observations où le pus était réuni en foyer, une rémission sensible de tous les symptômes, je dirai même une guérison apparente, suivie du retour des premiers accidens. D'un autre côté, les parois de l'abcès étaient

d'un fond jaune, parsemé de granulations purpurines abondantes. Ces granulations purpurines n'étaient-elles pas le résultat d'un développement vasculaire, destiné à l'organisation d'une membrane autour du pus, les premiers rudimens enfin d'un kyste ? Cela est d'autant plus probable, que la maladie a duré cinquante jours. La couleur jaune dont parle l'auteur n'était-elle qu'un ramollissement de la substance cérébrale environnante, produite par une nouvelle inflammation ? Cette supposition expliquerait le retour des accidens le trente-deuxième jour de la maladie. C'est, au reste, ce que paraît démontrer l'observation suivante, où les choses seront mises hors de doute.

§. II. Vous remarquerez que l'inflammation du cerveau était tout-à-fait exempte de complications, et que le malade n'a éprouvé ni fièvre, ni délire, ni agitation; en un mot, nous ne voyons ici que les symptômes de *ramollissement* simple.

Un phénomène fort remarquable et fort rare, c'est l'intégrité des fonctions intellectuelles pendant tout le cours de la maladie : on ne peut l'expliquer que par la lenteur de sa marche et le peu d'intensité de l'inflammation, circonstances démontrées par les symptômes. Alors on conçoit que l'hémisphère sain ait pu jouir avec assez d'intégrité de l'exercice de ses fonctions, pour pouvoir suppléer, quant à l'intelligence, à celles de l'hémisphère malade. Mais c'est une circonstance sur laquelle nous reviendrons plus tard.

N° 23.

68 ans : chute sur la tête, perte de connaissance, assoupissement, convulsions du bras *gauche*, mouvemens volontaires, irréguliers, difficiles, puis impossibles; perte de la sensibilité, état comateux; amélioration pendant quelques jours; retour des accidens. Mort le cinquante-cinquième jour.— *Abcès dans le lobe moyen de l'hémisphère* droit *du cerveau, commencement de membrane en forme de kyste à la surface du foyer, ramollissement de la substance cérébrale environnante.*

Renvoise (Madeleine), âgée de 68 ans, fort maigre, fit une chute sur la tête le 1er janvier, perdit connaissance au moment de l'accident, et fut apportée le lendemain à l'Hôtel-Dieu (on ne put obtenir d'autres renseignemens de ceux qui l'accompagnaient). Face pâle, perte de connaissance, coma profond, point de réponse à aucune question; le bras *gauche* est agité de *mouvemens convulsifs*, la pupille de ce côté dilatée et peu sensible à la lumière, le pouls petit et fréquent. L'âge et l'état de faiblesse de la malade semblent contre-indiquer la saignée générale; on applique seulement quatre sangsues à chaque tempe, vésicatoire à la nuque, eau de veau avec addition de tamarin.

Deuxième jour. Même état; les mouvemens volontaires du bras *gauche* sont irréguliers.

Troisième jour. Ces mêmes mouvemens sont plus difficiles, la sensibilité est diminuée. (Deux vésicatoires aux jambes, infusion de mélisse avec addition d'acétate d'ammoniaque.) Les jours suivans, la para-

lysie du bras *gauche* augmente de plus en plus, ainsi que l'état comateux. Pendant dix jours, on croit à chaque instant que la malade va mourir. On fait cependant suppurer les vésicatoires, on donne des toniques à l'intérieur. Contre l'attente de tout le monde, après être restée si long-temps dans cet état désespéré, la malade sortit peu à peu de son assoupissement, reprit connaissance, et fit entendre quelques sons inarticulés; mais la paralysie du bras *gauche* persista; la peau était sèche, le pouls petit et fréquent.

Après huit jours d'amélioration, elle tomba de nouveau, le 18 février, dans un état comateux, qui semblait à chaque instant devoir se terminer par la mort. (Continuation des toniques.) Cependant cet état d'agonie dura pendant sept jours; la mort n'arriva que le 25 février, cinquante-cinquième jour de la maladie.

Autop. cadav. Les vaisseaux du cerveau et de ses membranes étaient injectés de sang: l'hémisphère gauche n'offrit rien de remarquable. Sur les parties latérales et moyennes du *droit*, existait une tumeur peu saillante, blanchâtre, soulevant la pie-mère et l'arachnoïde, formée par la substance cérébrale, ramollie et comme réduite en bouillie. Au-dessous, on trouva un foyer purulent, bien circonscrit, d'environ trois pouces de diamètre dans tous les sens, occupant le milieu du lobe moyen, sans communication avec la surface du cerveau ni avec le ventricule laté-

ral. Le pus qui y était contenu était d'un gris blanchâtre, sans odeur remarquable : lorsqu'il fut évacué, l'on vit la cavité du foyer tapissée par une espèce de membrane molle, floconneuse, assez épaisse et assez dense pour pouvoir être facilement distinguée, mais pas assez résistante pour qu'on pût la séparer de la substance cérébrale avec laquelle elle était en contact. Celle-ci était tout autour, et à une assez grande distance, réduite en bouillie, semblable à celle des circonvolutions qui recouvraient le foyer. Rien de remarquable dans les autres cavités.

§. I. Cette observation n'est pas moins curieuse par la marche et la succession des symptômes, par leur identité avec ceux de ramollissement du cerveau, que par leurs rapports avec les altérations pathologiques. Les premiers symptômes qui suivent immédiatement l'accident, sont ceux d'une commotion bien caractérisée : ils persistent le lendemain ; mais il s'y joint des mouvemens convulsifs du bras *gauche*, qui annoncent un commencement d'inflammation dans le côté droit du cerveau. Bientôt les mouvemens de ce même bras *gauche* deviennent irréguliers, puis difficiles ; la sensibilité diminue, puis cesse entièrement. Ainsi la paralysie succède aux convulsions, et se développe d'une manière lente et progressive, en commençant par le bras; en même temps les fonctions intellectuelles sont anéanties. Au bout de dix jours d'un état continuel d'agonie, survient une amélioration inespérée, pendant laquelle cepen-

dant le *bras* reste paralysé ; enfin la malade retombe tout à coup dans le même état, et succombe le cinquante-cinquième jour de la maladie. D'un autre côté, nous trouvons au milieu de l'hémisphère *droit* un abcès dont les parois sont bien circonscrites, dont la cavité est tapissée par une membrane molle, floconneuse, etc. ; premier rudiment du kyste qui commençait à s'organiser autour du pus. N'est-il pas très-probable, pour ne pas dire certain, que la suppuration s'est formée pendant les dix jours que la malade a passés dans un état d'agonie; que l'amélioration est arrivée au moment où le pus a été réuni en abcès, comme cela arrive dans les cas analogues ; et qu'enfin la membrane qui commençait à tapisser sa surface, s'est développée dans les quinze jours qui se sont écoulés depuis cette époque jusqu'au moment de la mort ?

§. II. Il est évident aussi que la rechute a été produite par une nouvelle inflammation, survenue dans la substance cérébrale qui environnait l'abcès, comme le prouvent le degré et l'étendue de la désorganisation de cette portion de l'hémisphère. Vous ne confondrez pas, sans doute, cette altération avec les ramollissemens au milieu desquels nous avons trouvé du pus rassemblé en plus ou moins grande quantité. Dans ces altérations produites par une seule inflammation, la cavité des abcès n'était pas régulière ; il n'existait pas de démarcation entre le pus et la substance cérébrale ramollie. Ici, au contraire, les limites de l'abcès étaient non-seulement bien tranchées, mais en-

core sa cavité était tapissée par une membrane. Il y a donc eu deux inflammations, comme dans les observations de la Lettre précédente, n° 1, §. IV, et n° 31, §. VI, que je vous engage à comparer avec celle-ci.

§. III. Vous remarquerez que, pendant la longue durée de cette maladie, on n'a observé ni délire, ni fièvre, ni agitation; que le côté du corps non paralysé n'a pas été agité de mouvemens convulsifs: aussi l'inflammation du cerveau était-elle tout-à-fait exempte de complications.

§. IV. Je dois enfin vous faire observer que l'âge et l'état de faiblesse de la malade empêchant de pratiquer une saignée qu'on croyait indiquée, on se contenta de faire appliquer quatre sangsues à chaque tempe, et qu'ensuite on prescrivit à l'extérieur les dérivatifs, et à l'intérieur un traitement tonique très énergique. Or, il est évident que cet état de faiblesse n'était qu'apparent, puisque la malade a lutté contre la mort pendant plus de quarante jours, d'une manière vraiment extraordinaire; et vous avez vu dans la Lettre précédente, n° 28, un malade dans un état bien plus désespéré, ressusciter, pour ainsi dire, par l'emploi de puissans dérivatifs, de la glace et des évacuations sanguines.

D'un autre côté, huit sangsues appliquées aux tempes me semblent plus propres à augmenter la congestion cérébrale qu'à la faire cesser; leurs piqûres causent plus d'irritation que l'écoulement d'une

si petite quantité de sang ne peut produire de dégorgement dans les vaisseaux du cerveau.

§. V. Horstius rapporte un fait semblable à celui-ci dans son Observation anatomique 1re. Le malade, à la suite d'une plaie de tête, avait éprouvé des vertiges, *une paralysie du côté gauche*, *de la stupeur*, *du strabisme et des convulsions dans les yeux*. Il mourut après deux améliorations marquées, dans le cours de la maladie.

Sectione post mortem instituta, sanies inventa est purulenta in ipsa cerebi substantia, in dextra *capitis parte*, pellicula *instar abcessus contenta unciarum quatuor.*

Vous reconnaîtrez dans cette descripion un commencement de kyste développé autour du pus. Les symptômes sont bien ceux d'inflammation simple du cerveau. Il est probable qu'avec un peu plus d'attention on aurait trouvé, à l'ouverture du corps, la cause des deux rechutes éprouvées par le malade. Il est possible même qu'on ait remarqué quelque ramollissement de la substance cérébrale, et qu'on n'en ait pas tenu compte, parce qu'on ne savait pas ce que c'était, et parce que l'abcès suffisait pour expliquer la paralysie et la mort.

N° 24.

11 ans : céphalalgie, convulsions, paralysie du bras *droit ;* retour des convulsions, hémiplégie complète, retour de la sensibilité ; deuxième rechute le vingt-huitième jour. Mort le trente-deuxième. — *Trois abcès dans l'hémisphère gauche du cerveau, dont deux enkystés.* (Abercrombie, the Edinburgh med., etc., july 1818, Obs. 7.)

Une jeune fille de onze ans, après avoir souffert pendant quelques jours de la tête, éprouva, le 11 janvier 1817, des *convulsions*, qui furent suivies de la *paralysie* du bras *droit ;* les saignées, les purgatifs et les applications froides ramenèrent deux fois les mouvemens du bras ; mais la troisième fois (18 janvier) la saignée ne fit cesser que les convulsions ; le bras resta complétement paralysé. Les jours suivans, les convulsions revinrent au bras *droit.* Le 24, elles s'étendirent à la cuisse et à la jambe du même côté. Le 4 février, les convulsions cessèrent, mais tout le côté *droit* du corps resta paralysé. Les jours suivans, pouls de cinquante à soixante pulsations par minute, sensibilité conservée partout ; pendant plusieurs jours point de changement, toutes les fonctions s'exécutent bien. Le 11, état comateux. Mort le 14 (trente-troisième jour de la maladie).

Dans la partie supérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau, on trouva deux abcès contenant ensemble de six à huit onces d'un pus fétide, et séparés l'un de l'autre par une cloison mince de matière blanche et

ferme qui les tapissait de toutes parts. Un autre abcès renfermant près d'une demi-once de pus, existait dans la partie postérieure de l'hémisphère droit.

§. I. La paralysie a été précédée de convulsions; elle a été long-temps bornée au bras *droit*; elle a cessé deux fois sous l'influence des saignées, des purgatifs et des applications froides; la troisième saignée ne fit disparaître que les convulsions, et, à dater du septième jour, le bras resta paralysé. Voilà bien les symptômes d'inflammation du cerveau, et l'ordre dans lequel ils se succèdent; mais, jusqu'à présent, nous avons vu que les convulsions ne reparaissaient plus lorsqu'elles avaient cessé, à moins qu'une nouvelle inflammation ne survînt. (*Voyez* nos 12 et 22.) Ici nous les voyons revenir quelque temps après dans le même bras, puis dans la cuisse et dans la jambe du même côté. A quoi peut tenir ce retour des symptômes spasmodiques, si ce n'est à une nouvelle inflammation développée dans le même hémisphère du cerveau, après que la période d'irritation de la première était déjà passée? Au bout de dix jours, les mêmes membres affectés de convulsions restent paralysés; voilà donc une seconde série de symptômes semblable à la première. Pendant sept jours la maladie reste stationnaire, *la sensibilité est conservée*, *toutes les fonctions s'exécutent bien*; mais le trentième jour la malade tombe dans un état comateux, et meurt trois jours après cette seconde rechute. La maladie a donc présenté dans son cours trois époques

distinctes, dont les deux premières se sont succédées à peu d'intervalle, et la dernière n'est survenue que trois jours avant la mort. Or, il existait dans l'hémisphère gauche du cerveau trois abcès; deux d'entre eux étaient séparés par une cloison de matière blanche et ferme, qui les tapissait de toutes parts. Il est évident que cette espèce de membrane n'était autre chose qu'un rudiment de kyste, qui, comme dans l'observation précédente, commençait à s'organiser autour du pus. Ces deux abcès étaient donc anciens; ils correspondent aux deux premières séries de symptômes, dont nous avons parlé. Le troisième, peu considérable et non enkysté, et par conséquent plus récent, explique très-bien la dernière rechute. Dans l'observation précédente, la seconde inflammation s'était développée autour de l'abcès; ici elle s'est établie à côté, et plus tard une troisième est survenue un peu plus loin.

§. II. Peut-être m'objecterez-vous que, dans l'observation n° 10, il existait deux abcès, quoique la maladie n'ait présenté ni rémission ni rechute; mais remarquez bien que ces deux abcès présentaient exactement le même degré d'altération, et, par conséquent, dataient de la même époque. Ils étaient mal circonscrits, environnés de substance cérébrale désorganisée, et la malade est morte le cinquième jour. Dans l'observation du docteur Abercrombie, deux des abcès étaient environnés d'un rudiment de kyste, et la malade n'est morte que le trente-troisième jour.

§. III. Vous avez dû être frappé de l'absence du délire, de la fièvre, etc., chez un individu affecté successivement de trois inflammations du cerveau; mais cet organe seul était malade, et nous ne retrouvons ici que les symptômes de *ramollissement* exempt de toute complication; ils se sont succédés dans le même ordre, ont suivi la même marche, commençant par les membres supérieurs, etc. Le traitement a été le même que celui qui a été employé dans les cas de guérison que nous avons rapportés, et ses effets ont été analogues, puisque la saignée, les purgatifs et les applications froides, ramenèrent deux fois les mouvemens du bras, et la troisième fois firent cesser, sinon la paralysie, au moins les convulsions. Est-il rien de plus concluant que ces rapprochemens? est-il rien de plus positif en médecine?

§. IV. Mais je m'aperçois que nous ne sommes déjà plus dans les limites de ce qu'on peut appeler *abcès récens*: des rudimens de membranes commencent à s'organiser à la surface de la substance cérébrale en contact avec le pus; nous entrons dans la série des abcès enkystés, et par conséquent anciens: c'est ici que nous devons nous arrêter.

§. V. Avant de passer à l'examen des observations que vous venez de lire, permettez-moi de vous entretenir un instant de la gangrène du cerveau, dont nous n'aurons pas d'autre occasion de nous occuper par la suite.

A l'exception des cas chirurgicaux, dans lesquels

la substance cérébrale, sortie du crâne sous forme de fongus, se sépare du reste, les observations de gangrène du cerveau sont très-rares et fort peu concluantes.

N° 25.

Plaie contuse à *gauche*, paralysie du côté *droit*, etc.; *sphacèle du cerveau à* gauche. (Ramberti Dodonæi medic., Observ. cap. 2, pag. 4.)

Un homme reçut à la partie supérieure gauche de la tête un coup d'instrument contondant un peu lourd, sans lésion du crâne. On jugea la maladie peu grave, on la traita légèrement; mais le malade tomba ensuite dans un état soporeux, avec décubitus en supination; pouls petit et peu fréquent, altération des fonctions intellectuelles, réponses vagues, etc. Les symptômes augmentèrent; il survint une *paralysie* du côté *droit*, et un assoupisssement profond dont rien ne pouvait tirer le malade: il mourut peu de temps après.

La dure-mère du côté *gauche* était *noirâtre*. Sous cette membrane, le cerveau était dans le même état, et paraissait sphacélé. Rien de remarquable à droite.

§. I. Quoique la description des symptômes et des altérations pathologiques manque de détails importans, vous y reconnaîtrez facilement une inflammation simultanée du cerveau et de ses membranes. Mais la substance cérébrale était-elle véritablement gangrénée? c'est ce qu'il n'est guère possible d'affirmer; car

vous avez vu que la substance grise est susceptible de prendre, par l'injection sanguine, une couleur très-foncée, qu'il est facile de confondre avec un état gangréneux ; et, dans les cas rapportés par Dodoëns, c'était la portion du cerveau sous-jacente à la dure-mère, par conséquent la substance grise qui était affectée.

§. II. Le même auteur rapporte, au chap. 3, une autre observation analogue, tant pour les symptômes que pour les altérations ; seulement la lésion de la dure-mère et du cerveau avait été produite par la dent d'une fourche qui avait traversé la voûte orbitaire.

§. III. Tulpius (*Lib.* 1er, *Obs.* 2) dit aussi avoir observé un cas de gangrène du cervelet à la suite d'un coup de feu, chez un nommé Bexius; mais il ne dit pas quels symptômes le malade a éprouvés ; il ne décrit l'altération que d'une manière vague. Cette observation n'est donc pas concluante.

§. IV. J'en dirai autant, à plus forte raison, de l'observation de Foreest (*Forestus*, *observ. et cur.*, *lib.* 10, *cap.* 11. Voyez aussi Bonet, l. 1, sect. 3, obs. XXXIV.) Il s'agit d'un enfant de deux ans, qui tomba d'abord dans un état de léthargie, puis de *sphacélisme* du cerveau, avec paralysie du sentiment et du mouvement de tout le côté *droit*. D'après ces symptômes, Forestus prononça sans hésiter qu'il y avait abcès et sphacèle du côté *droit* du cerveau ; il prédit que l'enfant mourrait le jour même ; et tout se passa précisément comme il l'avait annoncé : l'enfant mourut dans la journée, et l'on trouva un abcès accompagné de

sphacèle dans le côté *droit*. Comme on ignorait alors les phénomènes de l'entrecroisement, je conçois que Foreest ait prédit une gangrène du cerveau du même côté que la paralysie; mais comment se fait-il que son prognostic se soit trouvé justifié par l'ouverture du cadavre?

§. V. Le docteur Baillie (*Traité d'Anat. pathol.*, sect. 15) dit avoir vu un exemple de gangrène du cerveau, et voici la description qu'il donne de l'altération : « La portion enflammée de la substance cérébrale était devenue d'une couleur *brune noirâtre, et n'avait pas plus de consistance que la poire la plus pourrie.* » Il ne dit pas quelle était la portion du cerveau enflammée, il ne parle pas des symptômes; aussi nous n'attacherons pas plus d'importance à cette description qu'elle n'en mérite.

§. VI. Les observations de Phil. Salmut (cent. III, obs. XXII); de Sherard (Bonet, *Sepulc.*, *l.* 1, *sect.* 11, *obs.* VI); de Samuël Cosfer, *Miscel. curios.*, §. 6, p. 330); de Glandorp (Bonet, *Sepul.*, *l.* 1, *sect.* XII, *obs.* XXIII, §. 2), sont encore plus incomplètes, et par conséquent moins concluantes.

§. VII. Je ne prétends pas que l'inflammation du cerveau ne soit susceptible de se terminer par gangrène, qu'à l'aide du contact de l'air; je dis seulement que la couleur foncée qui a fait croire à la gangrène n'est pas une preuve suffisante de son existence, puisque cette couleur peut dépendre de l'infiltration sanguine de la substance grise.

Il faut donc attendre sur ce point des observations recueillies avec plus de soin. Il n'en est pas de même des cas où la substance cérébrale, sortie de la cavité du crâne, s'est séparée du reste du cerveau.

N° 26.

Fracture comminutive du crâne à *droite*, issue d'une grande quantité de cerveau par la plaie, convulsions et paralysie à gauche. — *Perte de substance, altération putride du cerveau à* droite.

Diemerbroech rapporte (*Anatom.*, *lib.* 3, *cap.* 5) l'observation d'une servante qui, ayant reçu sur la tête une pierre du poids de trente livres au moins, eut une fracture comminutive du coronal du côté *droit*, avec enfoncement des fragmens et lésion du cerveau. Deux jours après l'extraction de quatorze fragmens, le cerveau, étant à découvert, commença à sortir de la plaie, acquit peu à peu le volume d'un œuf d'oie, et se sépara en répandant une odeur infecte. Une nouvelle portion sortit de nouveau, se sépara de même, et fut remplacée par une autre; en sorte que dans le cours du traitement il se détruisit, par la putréfaction, une quantité de cerveau grosse comme le poing. Cependant la malade vécut trente-six jours, et pendant tout ce temps elle conserva l'usage de sa raison; les fonctions se faisaient bien; seulement tout le côté *gauche* du corps, opposé à la plaie, fut pris deux ou trois fois de convulsions, et resta paralysé de-

puis le commencement, et d'une manière continue : il y eut aussi du hoquet.

Après la mort, on trouva dans le cerveau une grande cavité à la place de la portion qui était sortie par la plaie. L'altération putride s'étendait jusqu'aux ventricules du même côté.

§. I. Ici pas de doute sur l'existence de la gangrène. Quant aux symptômes, ce sont les mêmes que nous avons observés dans presque tous les autres cas d'inflammation du cerveau, à cela près de la persistance de l'intelligence jusqu'au dernier moment; car le côté du corps opposé à la maladie fut affecté de convulsions intermittentes et de paralysie.

Ce qui est assez difficile à expliquer, c'est que Morgagni, qui regardait les convulsions comme le symptôme le plus constant de l'inflammation du cerveau, cite cependant cette observation (*epist.* 51, n° 47), pour prouver que quelquefois elle peut aussi produire une paralysie pure et simple, semblable, en un mot, à celle des hémorrhagies cérébrales. Ceci nous montre combien il est important de remonter aux sources, même après l'autorité imposante de l'exact Morgagni.

§. II. Tulpius rapporte (*lib.* 4, *cap.* 1) l'observation d'un enfant de huit ans qui eut le coronal brisé près de la suture, et une portion d'os enfoncée. Après l'enlèvement de l'os, l'enfant reprit *la connaissance et le mouvement;* mais bientôt le cerveau sortit par la plaie: le chirurgien en enleva le volume d'un œuf de poule environ; le fongus se reproduisit de plus en plus

volumineux, etc. Le onzième jour, il survint une paralysie du côté opposé, des mouvemens convulsifs, des sueurs froides, et il mourut deux jours après. La plus grande partie du cerveau lésé était changée en pus.

Vous remarquerez que la compression produite par l'enfoncement de cette portion d'os a causé la perte de la connaissance et du mouvement. La paralysie revint le onzième jour, accompagnée de convulsions : cette fois elle était déterminée par l'inflammation, et non plus par la compression du cerveau. Il ne paraît pas que le malade ait perdu de nouveau connaissance, puisqu'on n'en parle plus, quoiqu'on ait eu soin de noter qu'il avait perdu de nouveau le mouvement.

§. III. Le nommé Obry, dont parle Marc-Antoine Petit (*page* 245, *ouvrage cité*), éprouva, dans les mêmes circonstances, une paralysie *commençante du bras*, accompagnée de *douleurs* et de légers *mouvemens convulsifs* qui revenaient plusieurs fois le jour.

Le petit Chaurin (*page* 271, *ouvrage cité*) eut également le côté *droit* paralysé, à la suite d'une fracture du côté gauche, avec perte de substance et hernie du cerveau à travers la plaie.

§. IV. Workman (*the Medical Repository*, 1815, vol. 3, n° 18) rapporte une observation semblable, dont voici la substance.

Un enfant, âgé de douze ans, reçut un coup de pied de cheval, qui brisa le pariétal *gauche*, et nécessita

l'application du trépan. Le cinquième jour, il se développa à travers l'ouverture du crâne une fongosité produite par l'issue du cerveau; elle augmenta les jours suivans. Il survint de la gêne dans les mouvemens du côté *droit;* on fit la ligature du fongus. Le lendemain, paralysie du côté *droit;* le surlendemain, retour du fongus, paralysie complète. Mort le trente-deuxième jour de l'accident.

Ici il n'est pas question de mouvemens convulsifs; mais la paralysie a marché d'une manière lente et progressive. On ne parle pas de l'état des fonctions intellectuelles.

§. V. Petzy (*Comm. litter.*, *ann.* 1731, *sem.* 34, n° 2) rapporte une observation de lésion du côté *gauche* du cerveau, avec issue d'une grande partie de la substance cérébrale, accompagnée de paralysie des membres supérieur et inférieur *droits*, de diminution des fonctions de l'œil et de l'oreille du même côté.

Il est assez remarquable que ce commencement de paralysie des organes des sens ait été borné au côté du corps paralysé; et puisqu'on a pu s'assurer que le malade voyait d'un œil, entendait d'une oreille, il faut bien supposer qu'il avait conservé son intelligence.

§. VI. Tous les faits de ce genre se ressemblent au point qu'il serait inutile de multiplier davantage les citations : je m'en abstiendrai d'autant plus que la plupart n'ayant été envisagés que sous un point de vue purement chirurgical, manquent des détails

les plus importans sous le rapport des symptômes. Vous voyez cependant qu'ils sont tout-à-fait semblables à ceux que nous avons observés dans les cas de *ramollissement* et de *suppuration*, sous ce rapport que la paralysie était accompagnée de mouvemens spasmodiques, ou s'est développée d'une manière lente et progressive; ils en diffèrent seulement en ce que tous les phénomènes morbides paraissent avoir été bornés au côté opposé à la maladie.

§. VII. A quoi tient l'issue du cerveau à travers ses enveloppes, toutes les fois qu'il est à nu? Lorsque le cerveau n'est plus recouvert que par la dure-mère, on sent à travers cette membrane un mouvement alternatif d'expansion et de resserrement, qui produit une espèce de pulsation isochrone aux battemens du cœur; ces mouvemens, qui se font sentir dans les parties latérales comme au sommet du crâne, sont dus, par conséquent, non pas au soulèvement du cerveau par les artères qui sont à sa base, mais à l'introduction, chaque fois que le cœur se contracte, d'une certaine quantité de sang dans les artérioles qui le pénètrent de toutes parts. Mais si le malade crie, ou s'il suspend les mouvemens de la poitrine, le cerveau reste gonflé, tendu; les pulsations cessent de s'y faire sentir pendant tout le temps que dure la gêne de la respiration : ce qui ne peut s'expliquer que par l'embarras de la circulation veineuse, d'abord dans les poumons, ensuite dans le ventricule droit du cœur, puis dans

les veines jugulaires et dans les sinus : de là, par conséquent, la stase du sang veineux dans le cerveau, phénomène représenté d'ailleurs très exactement au dehors par l'état de turgescence et la coloration violette de la face. Les mouvemens du cerveau sont donc, dans l'état de santé, sous l'influence de l'entrée du sang artériel, et de la sortie du sang veineux. Il semblait tout simple, d'après cela, d'attribuer son issue du crâne à l'absence de toute barrière propre à s'opposer au mouvement d'expansion qui lui est naturel.

Mais vous remarquerez que le cerveau peut être à nu pendant deux, trois, et même cinq jours (*voyez* l'Obs. de Workman, §. IV), sans se montrer au dehors. Cette espèce de végétation dépend donc d'une autre cause, et cette cause ne peut être que l'inflammation. C'est au moment où se développe la congestion sanguine locale, inséparable de l'état inflammatoire, que commence cette turgescence extraordinaire qui produit le boursoufflement du cerveau et son expulsion du crâne, sous forme de fongus. La quantité de cerveau qui peut sortir successivement, et dans peu de temps, nous donne une idée assez exacte de la facilité avec laquelle cet organe enflammé se gonfle, du degré auquel cette tuméfaction peut être portée; et par conséquent de la compression, de l'espèce d'étranglement qui doit en résulter, toutes les fois que l'intégrité des parois osseuses du crâne

s'oppose à son libre développement au dehors. C'est peut-être un de nos organes dont la structure est la plus favorable au gonflement inflammatoire; c'est certainement celui dont les enveloppes s'opposent de la manière la plus absolue à ce gonflement.

On trouve ordinairement, dans les cas de ramollissement ou de suppuration du cerveau, les circonvolutions serrées les unes contre les autres, à l'endroit de la maladie; la convexité de chacune est aplatie; mais dans leur ensemble elles font saillie au-dessus du niveau des autres, et produisent un renflement uniforme. Cet aplatissement, ce soulèvement des circonvolutions, ne peuvent dépendre que de l'obstacle que le crâne a mis à leur expansion. On observe le même phénomène dans les cas d'épanchement de sang dans les hémisphères, et de sérosité dans les ventricules. Cependant le renflement uniforme de cette portion du cerveau ne pouvait exister avant qu'on eût enlevé le crâne ; il faut donc qu'il y ait eu pendant la vie compression, refoulement dans un autre sens. Enfin, ce gonflement doit avoir été bien plus considérable, puisque la mort, faisant cesser la congestion (*mors spasmos solvit*), produit l'affaissement des parties tuméfiées, à tel point que, chez ceux dont le cerveau sortait par la plaie pendant la vie, on trouve, à l'ouverture du cadavre, une vaste cavité.

Il résulte de tout ceci que, quand la portion de cerveau tuméfiée par l'inflammation ne peut trouver d'issue pour se développer au dehors, elle doit

comprimer les parties voisines; que l'hémisphère sain doit être plus ou moins gêné par l'expansion de l'hémisphère enflammé, ce qui explique le sentiment particulier de tension qui accompagne la céphalalgie, et les expressions dont certains malades se servent pour caractériser la sensation qu'ils éprouvent. Les uns disent qu'il leur semble que leur crâne va se fendre, ou que leur tête est énorme, ou qu'ils ont un cercle de fer qui leur serre la tête, etc. Cette tuméfaction explique aussi pourquoi l'étendue des altérations pathologiques n'est pas toujours en harmonie avec la gravité des symptômes; pourquoi, par exemple, on ne trouve souvent qu'un ramollissement du volume d'une noisette après une paralysie plus ou moins complète du mouvement et du sentiment; pourquoi les deux yeux, les deux oreilles perdent presque toujours la faculté de voir et d'entendre, quoiqu'un seul hémisphère soit affecté; pourquoi, sur la fin de la maladie, la paralysie devient quelquefois générale. C'est à la même cause qu'il faut souvent attribuer la somnolence, le coma, la perte absolue de l'intelligence; et ce qui le prouve, c'est que les malades chez lesquels une large ouverture a permis au cerveau de se dilater *librement* à l'extérieur, ont conservé l'intégrité de la vue et de l'ouïe du côté non paralysé, et n'ont éprouvé qu'un léger affaiblissement de ces mêmes organes de l'autre côté; c'est qu'ils ont été exempts de somnolence, de coma, et qu'ils ont conservé jusqu'à la fin l'exercice plus ou moins libre de leurs fonctions in-

tellectuelles. Enfin, ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est ce qui est arrivé toutes les fois que dans des cas analogues on a voulu s'opposer à l'issue du cerveau; les malades sont alors tombés dans un état comateux, ont perdu l'intelligence; les symptômes sont devenus tellement graves, qu'on a bientôt été forcé de le laisser sortir librement. Je me dispense de vous en citer des exemples, parce qu'ils sont très-nombreux dans les annales de la chirurgie.

Il est clair, d'après cela, que l'hémisphère sain, lorsqu'il n'est pas comprimé par l'autre, continue à remplir ses fonctions sous le rapport de l'intelligence, comme sous celui des mouvemens volontaires et de la sensibilité; que le malade continue à penser avec une moitié du cerveau, comme il continue à voir avec un œil, à entendre avec une oreille.

Vous avez vu que, dans les inflammations du cerveau, les malades conservaient la sensibilité longtemps après qu'ils avaient perdu la faculté de mouvoir le membre; et je vous ai dit que cette différence tenait à ce que le mouvement volontaire d'un membre est le produit d'un acte spontané du cerveau, tandis que la perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté, qui n'exige par conséquent pas que le cerveau entre spontanément en action. Vous trouvez ici la même différence entre les fonctions intellectuelles et les mouvemens volontaires, qu'entre ces

derniers et la perception des agens extérieurs. Un malade peut être hors d'état d'exprimer une idée, de suivre un raisonnement; il peut même avoir entièrement perdu connaissance, et cependant se servir librement des membres du *côté opposé à l'hémisphère sain*, porter sa main à sa tête, etc. Il peut être privé de la faculté de mouvoir les membres *du côté opposé à l'hémisphère enflammé*, et percevoir encore l'impression faite à la peau des membres privés de mouvement, parce que la combinaison des idées exige de la part du cerveau un effort d'attention, qui n'est pas nécessaire à la détermination d'un simple mouvement volontaire, et que pour la perception d'une sensation il n'est pas nécessaire que le cerveau entre spontanément en action.

Pour plus de clarté expliquons-nous par un exemple: supposons une inflammation aiguë et récente d'une portion de l'hémisphère *droit*, accompagnée d'une congestion sanguine, et, par conséquent, d'une turgescence proportionnée à l'intensité de l'inflammation. La boîte osseuse du crâne étant inextensible, l'hémisphère *gauche* peut être comprimé à un degré suffisant pour que le malade, plongé dans un état comateux, perde entièrement la faculté d'associer des idées, mais pas assez pour qu'il ne puisse déterminer dans les membres du côte *droit* du corps, des mouvemens spontanés, qui seront encore sous l'influence de la volonté, mais qui ne seront déjà plus inspirés par la réflexion: c'est ainsi qu'il portera sa main

droite au côté *droit* de la tête, etc. L'hémisphère *droit* pourra être affecté à un degré tel, qu'il ne puisse plus entrer spontanément en action pour déterminer des mouvemens volontaires dans les membres du côté gauche, mais pas assez pour cesser de percevoir une vive impression faite sur l'extrémité des nerfs qui se rendent à la peau des membres privés du mouvement. Cette supposition que je viens de faire n'est point une abstraction purement idéale, c'est l'histoire des dix-neuf vingtièmes de nos malades, du moins pendant la première période.

En résumé, il existe dans les inflammations aiguës du cerveau deux causes bien distinctes des symptômes. Une altération locale qui produit des phénomènes bornés au côté du corps opposé à l'hémisphère malade; une fluxion qui produit une turgescence plus ou moins considérable, et par suite une compression des parties non enflammées, et des symptômes généraux, tels que la somnolence, le coma, la perte de connaissance, etc.; et comme toutes les inflammations du cerveau ne sont pas également aiguës, et par conséquent accompagnées d'une fluxion également énergique, il doit en résulter quelque différence dans le rapport de ces deux ordres de symptômes. Si, par exemple, l'inflammation marche d'une manière très lente, il pourra se faire que le malade, quoique hémiplégique, conserve son intelligence pendant tout le cours de la maladie;

c'est ce qui est arrivé dans l'observation n° 22, où elle a duré cinquante jours; c'est ce que nous verrons plus clairement dans les inflammations chroniques du cerveau.

N° 27.

Vous avez vu, dans la lettre précédente, le pus infiltré dans la substance cérébrale, lui communiquer sa couleur et former, par son union avec elle, une matière homogène diffluente, de couleur blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre, qu'on a comparée tantôt à un mucus *filant*, tantôt à une *trituration de pus et de substance cérébrale*, tantôt à une matière *sanieuse*. Dans plusieurs cas, cette altération ne différait du pus que par un peu plus de consistance. Exposée à un courant d'eau, toute la substance cérébrale ramollie entraînée, laissa à sa place une véritable caverne anfractueuse, analogue à celle des abcès, mais beaucoup moins régulière. Plus tard, le pus a commencé, dans certains cas, à s'agglomérer, dans quelques points, en petits foyers épars au milieu de la désorganisation générale (L. 2, n°s 1 et 3). Bientôt ces petites collections de pus se sont réunies, par la destruction de la substance cérébrale ramollie qui les séparait, en un foyer commun, ayant des embranchemens, des espèces de clapiers divergens, au milieu desquels se trouvaient des fragmens de cerveau qui ne tenaient plus que par un pédicule (n° 9). Enfin, ces fragmens se

dissolvant eux-mêmes au milieu de la suppuration, se réduisirent en espèces de filamens floconneux (nº 11). D'autres fois la suppuration, moins disséminée, paraît avoir commencé par un seul foyer, qui se forma dans le centre du ramollissement : alors on trouva la substance cérébrale environnante d'autant plus molle et plus imprégnée de la couleur du pus, qu'on l'examinait plus près du centre (L. 2, nº 3, §. IV). D'autres fois deux abcès se sont développés en même temps et de la même manière, à quelque distance l'un de l'autre (nºs 10 et 11); ou plusieurs inflammations se sont succédées, comme nous le verrons plus tard. Mais, dans tous les cas, lorsque le malade a vécu assez long-temps, toutes les portions du cerveau qui étaient ramollies, c'est-à-dire enflammées, ont fini par se détruire et faire partie de la cavité du foyer ; alors ses parois jouissant du même degré de consistance que le reste du cerveau, l'on n'aperçut plus de traces de ramollissement ; la cavité s'est arrondie, s'est circonscrite ; il n'y a plus eu de ramollissement entre le pus et le cerveau sain.

Nous n'avons pas trouvé au milieu des abcès du cerveau, de ces brides celluleuses, de ces lambeaux de tissu cellulaire, nageant dans le pus, qu'on rencontre souvent dans la plupart des autres abcès, parce que ce tissu est très-rare dans le cerveau ; cependant le peu qu'il en contenait, et qui n'était pas détruit par la suppuration, tenait aux parois du foyer, recevait des vaisseaux capillaires ; d'autres vaisseaux, qui avaient

également résisté à la destruction, flottaient aussi dans le pus, comme on s'en est assuré, après son évacuation, en exposant la cavité du foyer à un courant d'eau (*Voyez* n° 11). On vit alors un tissu tomenteux, floconneux, et une infinité de petits vaisseaux courts et grêles nager dans le liquide. Ce sont ces petits vaisseaux, ces débris de tissu cellulaire, qui, se retirant vers la circonférence du foyer, se rapprochant, s'entrelaçant à sa surface, forment cette espèce de réseau vasculaire et celluleux (*Voy.* les observations n°s 21, 22, 23 et 24), mince d'abord comme une toile d'araignée, qui prend peu à peu de l'accroissement par l'effet de l'irritation continue qu'entretient la présence d'un corps étranger, et sert ainsi de trame à une membrane qui se développe, s'organise, s'épaissit, et forme autour du pus une barrière qui le sépare du cerveau. C'est ce qu'on observe aussi dans les apoplexies et dans tous les cas où un corps étranger séjourne au milieu de nos parties.

Le pus contenu dans ces abcès a présenté des qualités différentes, suivant l'âge, l'état de faiblesse ou de vigueur du malade, etc. C'est ainsi que, dans les Observations 12 et 21, il était liquide et comme séreux; et vous avez vu au milieu de quelles circonstances il s'était formé. Dans les autres, il était plus ou moins épais, visqueux, etc. Quant à la couleur, le pus a présenté des nuances infiniment variées. Nous l'avons trouvé successivement verdâtre (L. 2, Obs. 3, §. IV; L. 3, n° 14); jaune verdâtre (n° 9);

blanc jaunâtre (n° 11); grisâtre (n° 11); jaune grisâtre (n° 10); gris blanchâtre (n° 23); blanc sale (n° 1, L. 2); et enfin tout-à-fait *blanc* (n° 3, L. 2). Vous remarquerez que toutes ces nuances sont précisément celles que nous avons rencontrées dans les ramollissemens sans injection sanguine : ce qui prouve jusqu'à l'évidence que ces altérations ne sont qu'un premier degré de suppuration (*V.* L. 2, n° 24 et §. I.).

Dans trois observations seulement, le pus avait une odeur fétide (n°s 10, 18 et 24). Dans la première, le foyer communiquait avec l'air extérieur; mais, dans les deux autres, cette circonstance ne se rencontrant pas, il est difficile de savoir à quoi tenait cette fétidité. Au reste, nous pouvons faire la même remarque au sujet des ramollissemens, et c'est encore un trait de ressemblance de plus. Dans deux cas, la substance cérébrale avait une odeur fétide (L. 2, n° 4, §. III; L. 3, n° 7), dont il serait difficile de trouver la cause: dans tous les autres, il n'en est pas question.

§. I. Il en est de l'inflammation du cerveau comme de celle de tous les organes; elle peut marcher avec plus ou moins de rapidité, suivant l'âge, le tempérament, les dispositions particulières de l'individu, l'intensité des causes qui ont produit la maladie, etc. Ainsi l'inflammation que nous appelons aiguë peut être plus ou moins aiguë; par conséquent, le temps pendant lequel a duré la maladie ne peut pas indiquer d'une manière absolue l'époque où est arrivée l'inflammation, ou si vous aimez mieux, le degré

d'altération que doit offrir le cerveau à l'ouverture du cadavre.

D'un autre côté, il n'est pas facile, surtout dans les cas un peu compliqués, de déterminer à quelle époque a commencé l'inflammation du cerveau; cependant on peut supposer, sans craindre de s'éloigner beaucoup de la vérité, qu'elle a commencé en même temps que les premiers symptômes de paralysie; et si ce point de départ n'est point infaillible, il est au moins uniforme.

En calculant d'après ces données, voyons s'il existe quelque rapport entre la durée de l'inflammation et l'état des parties enflammées.

Sur vingt-quatre observations, dans les sept premières, où il n'est question que d'injection sanguine, de coloration particulière du cerveau, de ramollissement enfin, et non de suppuration, la mort a eu lieu dans le premier septénaire, ainsi qu'il suit :

Au bout de quelques minutes, n° 1, §. 3.

Au bout de deux heures, n° 7.

Au bout de deux jours, n° 5.

Le quatrième jour, n°s 1 et 2.

Le sixième jour, n° 3.

Le septième jour, n° 4.

Parmi les cas dans lesquels la suppuration était évidente :

Trois des malades sont morts vers la fin du premier septénaire, n°s 11, 13 et 17.

Six dans le courant du second, nos 8, §. III, 9, 10, 14, 18 et 19.

Quatre dans le courant du troisième, nos 8, 12, 16 et 20.

Enfin, dans les quatre dernières observations, où il existait déjà un commencement de kyste autour du pus, la mort est survenue le trente-troisième, le cinquantième, le cinquante-troisième ou le cinquante-cinquième jour.

Si vous comparez ce résultat au relevé que je vous ai présenté de la durée de la maladie, dans les cas de ramollissemens (page 217), vous verrez que les altérations sont assez régulièrement en rapport avec la durée de la maladie ; que, dans les inflammations aiguës, la suppuration se réunit en foyers distincts, de la fin du premier septénaire à la fin du second, et qu'au bout d'un mois, on observe déjà un commencement de kyste autour du pus.

§. II. En parlant du siége des ramollissemens, nous avons cherché à établir quel rapport de fréquence existait entre les affections de la substance grise et celles de la substance blanche, et nous avons vu qu'il était à peu près comme 3 est à 1 (page 215).

Cette recherche n'est pas à beaucoup près aussi intéressante pour les observations précédentes, parce que dans le plus grand nombre, l'inflammation ayant été produite par une cause externe, le hasard entre pour beaucoup dans le siége de la maladie. Quoi qu'il en soit, voici le résultat du relevé que j'ai fait.

Dans dix cas, l'inflammation avait son siége à la surface du cerveau (nos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 16 et 24), dans la substance grise des circonvolutions par conséquent; mais il faut remarquer que, dans le plus grand nombre, elle avait été produite par des causes qui avaient agi sur le crâne, et que c'était vis-à-vis de l'endroit qui avait été frappé, que le cerveau était affecté; il faut remarquer aussi que l'arachnoïde correspondante était enflammée, et que les symptômes de méningite avaient précédé ceux d'encéphalite. Dans un autre cas, une espèce d'infiltration ou d'épanchement de sang s'est faite dans cette même substance grise des circonvolutions, puis a été suivie d'une inflammation de la substance blanche (no 12); dans un autre, la suppuration avait probablement commencé dans le corps strié, ou la couche des nerfs optiques (no 19); dans quatre, la suppuration occupait à peu près également les substances grise et blanche (nos 9, 10, 11 et 14); enfin dans cinq, la suppuration avait son siége dans la substance blanche du milieu des hémisphères (nos 15, 17, 20, 21 et 23). Vous voyez que ce résultat ne s'éloigne pas beaucoup de celui que présentent les cas où la maladie s'est développée spontanément.

§. III. Quant à l'âge de nos malades, rien n'a été plus variable. Vous avez vu l'inflammation se développer spontanément dans les premiers mois de la vie (no 20), à trois ans (no 12), à onze ans (no 24), à vingt-six ans (no 22), à trente-trois ans (nos 17 et 19), à

trente-neuf ans (n° 11), à cinquante-cinq ans (n° 9), enfin à soixante-six ans (n° 21).

Si l'on pouvait tirer des conséquences d'un si petit nombre de faits, il s'ensuivrait que tous les âges sont à peu près également exposés aux inflammations du cerveau; mais je dois vous faire observer que chez les deux plus jeunes malades l'inflammation a marché fort lentement, a duré très long-temps ; que la suppuration n'était pas aussi bien élaborée que chez ceux qui étaient d'un âge mûr. Il faut ajouter que chez le second (n° 12), les symptômes inflammatoires ne se sont manifestés qu'après l'emploi de la noix vomique. Ce qui est fort remarquable, le dernier de ces malades (n° 21), qui avait 66 ans, a présenté exactement les mêmes circonstances : la maladie a duré cinquante-trois jours, n'a été accompagnée de quelques phénomènes spasmodiques qu'après l'emploi de la noix vomique, et le pus était séreux et fluide. Ce fait confirme pleinement ce que je vous disais (p. 220), à l'occasion de l'âge avancé de presque tous ceux chez lesquels on a observé les ramollissemens, de la difficulté avec laquelle la suppuration s'établit chez les vieillards. C'est ce qui m'a fait penser que si l'on trouvait si rarement, à cet âge, des abcès dans la substance cérébrale, c'était parce que l'inflammation marchait d'une manière plus lente que chez les adultes, et qu'ils succombaient plus promptement, c'est-à-dire parce que leur constitution était détériorée.

Il paraît donc qu'aux deux époques extrêmes de

la vie, le cerveau est peu susceptible, je ne dirai pas de s'enflammer, mais de devenir le siége d'une inflammation franchement aiguë, qui se termine *promptement* par une suppuration *de bonne nature*. Cela se conçoit : dans les premiers temps qui suivent la naissance, le cerveau offre à peine quelques traces d'organisation; son tissu est d'une mollesse presque diffluente; il ne commence que fort tard à jouir de toute l'énergie de ses fonctions. Dans la vieillesse, il participe, comme tous les autres organes, à la faiblesse générale.

Je ne parle pas des cas dans lesquels l'inflammation a été produite par une violence extérieure : ici la fréquence dépend des conditions de la vie dans lesquelles les individus sont plus exposés à ce genre de cause; voilà pourquoi je vous ai rapporté cette fois un si grand nombre d'observations recueillies sur des hommes, et si peu qui appartiennent à des femmes.

Les enfans sont particulièrement exposés aux chutes, aux coups, aux contusions de toute espèce, qui portent le plus souvent sur la tête. Cependant je ne vous ai rapporté qu'une seule observation d'inflammation du cerveau produite à cet âge par cause externe, parce que nous en possédons fort peu d'exemples, encore sont-ils fort incomplets. Cette pénurie de faits tient à beaucoup de circonstances. D'abord, il est remarquable que les maladies des enfans sont en général moins bien connues que celles des adultes, soit à cause de la difficulté qu'offre leur diagnostic,

soit surtout parce qu'on s'en est moins occupé; mais l'étude des affections cérébrales surtout présente chez eux de grandes difficultés : la grande prédominance de système nerveux à cet âge les expose, pour la moindre cause, à des phénomènes spasmodiques, purement sympathiques, qu'on peut facilement confondre avec les symptômes propres aux affections cérébrales. Le médecin, appelé au milieu des accidens les plus alarmans, est rarement instruit de tout ce qui s'est passé; l'enfant est trop jeune pour pouvoir parler de l'accident qui lui est arrivé, ou il se tait dans la crainte d'être puni; les domestiques mentent de peur d'être accusées de négligence et renvoyées. Les symptômes alors sont attribués à la dentition, à quelque maladie éruptive qui se prépare, à quelque affection vermineuse, etc. On perd un temps précieux...... Si l'enfant meurt, il est rare qu'on fasse l'ouverture de son corps, et si elle est pratiquée, l'état de mollesse ordinaire du cerveau ne permet guère d'apprécier que les épanchemens sanguins et les suppurations bien évidentes. Enfin, dans les cas de plaies de tête considérables, l'attention du chirurgien se concentre sur les lésions extérieures; l'observation est recueillie sous un point de vue purement chirurgical, et ne peut servir aux progrès de la pathologie.

§. IV. Chez quatorze malades l'inflammation du cerveau a été produite par l'action de violences extérieures. Chez un autre, elle a été déterminée par une

carie vénérienne (n° 33). Parmi les neuf autres, chez lesquels l'inflammation s'est développée spontanément, nous retrouvons les mêmes causes prédisposantes et déterminantes que nous avons notées dans les cas de ramollissement.

La malade du n° 11 avait une hypersarcose du cœur sans rétrécissement de l'orifice aortique, une constitution robuste, un embonpoint assez considérable et le cou court. Elle était habituellement mal réglée. Elle eut d'abord une espèce d'attaque d'apoplexie, puis une céphalalgie opiniâtre; ses règles manquèrent à l'époque ordinaire, et ce fut immédiatement après que se manifestèrent les symptômes d'encéphalite. Je vous prie de comparer cette observation à celle du n° 13 de la Lettre première, avec laquelle elle a la ressemblance la plus frappante, et vous serez convaincu que dans ces deux cas c'est la difficulté de la menstruation qui a produit l'état pléthorique, la gêne de la circulation, et par suite l'épaississement et la dilatation du ventricule gauche; qu'ensuite cet état du cœur a entretenu la disposition habituelle aux affections cérébrales, jusqu'à ce qu'enfin la suppression des règles ait déterminé l'explosion de l'inflammation (*Voyez* p. 223).

Le malade du n° 9 était d'une petite stature, d'une constitution pléthorique; un violent chagrin se joignit à cette prédisposition naturelle, et peu de temps après se manifestèrent les symptômes d'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau (*Voyez* p. 225).

Deux autres malades (n°s 19 et 21) étaient passionnément adonnés aux boissons fermentées, et le second était dans un état d'ivresse lorsqu'il éprouva les premiers symptômes (*Voyez* p. 225). La petite malade du n° 12 eut d'abord une espèce d'épanchement de sang dans la substance cérébrale, qui produisit des symptômes d'apoplexie incomplète; ce n'est qu'après l'usage de la noix vomique que se sont manifestés ceux d'inflammation (*Voyez* p. 267); mais il reste toujours à savoir ce qui a pu déterminer cette hémorrhagie cérébrale àun âge aussi tendre. Chez les quatre autres, on n'a reconnu aucune cause prédisposante ou déterminante appréciable.

§. V. Les symptômes observés dans les faits que vous venez de lire, ressemblent tellement à ceux de ramollissement, que je pourrais me contenter, pour éviter les répétitions, de vous renvoyer à l'analyse que j'en ai faite à la fin de la Lettre précédente; mais il n'est plus permis en médecine de se contenter de rapprochemens vagues; les faits doivent être non-seulement *comptés*, mais encore *pesés*.

§. VI. Chez deux malades seulement la respiration a été sensiblement gênée avant les derniers instans de la vie: l'un (n° 5) avait des tubercules dans le poumon; l'autre (n° 12), une double pneumonie (*Voyez* le §. VIII, p. 227).

§. VII. Snr vingt-quatre malades, quatorze n'ont pas eu de fièvre (n°s 1, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23 et 24), et de ce nombre se trouvent

tous ceux chez lesquels l'inflammation du cerveau était exempte de complication.

Parmi les autres, la petite malade du n° 12 a été celle chez laquelle la fièvre a été le plus prononcée; elle a persisté pendant presque toute la durée de la maladie; mais il existait en même temps un catarrhe pulmonaire et intestinal qui durait depuis quatre mois; la fièvre s'est exaspérée en même temps que le dévoiement, après l'administration de la noix vomique et de plusieurs émétiques. Enfin, après la mort, on trouva *la membrane muqueuse du poumon et celle des gros intestins enflammées.*

Le malade du n° 21 était sans fièvre lorsque, le sixième jour, on lui donna trois grains d'émétique qui ne furent pas vomis. Le soir, fièvre très forte, qui continua les jours suivans, ainsi que le dévoiement. Au bout de huit jours, l'un et l'autre diminuèrent; mais on donna la noix vomique, et tous les symptômes de gastro-entérite augmentèrent. *Inflammation de l'estomac et des intestins, ulcérations vers la fin de l'iléon.*

Celui du n° 18 eut un peu de fièvre, et l'on trouva, après la mort, le duodénum, la portion transverse du colon et la face concave du foie, légèrement enflammés.

Un autre (n° 5) avait une fièvre intermittente avant d'être blessé à la tête; elle devint un instant continue après l'accident, mais cessa ensuite. D'ailleurs il avait des *tubercules suppurés dans le poumon.*

Un autre (n° 9), à la suite de chagrins violens et continus, eut pendant douze jours une fièvre rémittente, avec exacerbation le soir; mais elle cessa précisément en même temps que les symptômes d'affection cérébrale se manifestèrent, et ne reparut plus depuis.

Celui du n° 4 eut quelques accès de fièvre après plusieurs écarts de régime; mais ils cessèrent, pour ne plus reparaître, avant les premiers symptômes d'affection cérébrale. Le militaire du n° 13 eut de la fièvre le troisième jour de l'accident; mais il était horriblement mutilé par un grand nombre de coups de sabre à la tête, à la figure et aux membres; l'inflammation simultanée de toutes ces plaies explique suffisamment l'apparition de la fièvre.

Un autre blessé (n° 3) eut aussi de la fièvre, mais *seulement* au moment où l'excès de l'inflammation produisit la gangrène de la plaie des tégumens.

Enfin, la servante dont parle J. L. Petit (n° 2) eut, dit-il, *tous les symptômes d'une fièvre maligne*; mais cela ne prouve pas le moins du monde que Petit ait voulu parler de fièvre proprement dite; il s'agit sans doute ici des symptômes que nous avons observés dans les cas d'inflammation du cerveau et de l'arachnoïde, qu'on appelait *fièvres ataxiques*, *nerveuses* ou *pernicieuses*. Je dois d'ailleurs vous faire remarquer que, dans ces trois dernières observations, on n'a ouvert que la tête.

Le rapprochement de tous ces faits prouve donc de

plus en plus que, quand la fièvre se manifeste dans le cours d'une inflammation du cerveau, elle en est tout-à-fait indépendante (*Voyez* §. IX, pages 229 et suiv.).

§. VIII. La céphalalgie n'a été notée que dans onze observations (n°s 1, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 22). Mais vous remarquerez que, dans les affections chirurgicales, on n'en tient pas toujours compte, parce qu'on la confond souvent avec la douleur produite par la plaie de tête; que plusieurs malades sont arrivés à l'hôpital sans connaissance; qu'un autre n'avait que quatre mois et demi. La céphalalgie est donc un symptôme plus constant que ce résumé ne semblerait le faire croire. Elle a toujours paru dans le début de la maladie; elle a diminué à mesure que les autres symptômes ont fait des progrès; elle a été tantôt sourde (n° 18), tantôt violente (n°s 5 et 11), tantôt pulsative (n° 1), quelquefois générale (n° 6); une fois elle s'est trouvée bornée au côté de la tête opposé à la maladie (n° 19); dans un autre cas (n° 22), après une guérison apparente, elle est revenue le trente-deuxième jour, et a précédé de très-près une rechute mortelle. La douleur de tête est donc le symptôme précurseur le plus constant de l'encéphalite; il peut aider à la faire distinguer de l'hémorrhagie cérébrale, et doit être pris en grande considération dans les convalescences (Voy. p. 240).

§. IX. Toutes les fois que la suppuration du cerveau s'est montrée sans l'inflammation de l'arachnoïde

(n°s 10, 15, 21, 22, 23, 24), j'ai eu soin de vous faire remarquer que les malades n'avaient pas éprouvé de délire, que les fonctions intellectuelles, au lieu d'être exaltées, étaient au contraire comme engourdies. La mémoire s'est affaiblie, l'association des idées est devenue difficile, le visage a pris un aspect stupide, les sens se sont émoussés, la tendance au sommeil et la perte de connaissance ont augmenté dans la même progression que la paralysie des membres, et la mort est survenue au milieu d'un coma profond, exempt d'agitation; en un mot, vous avez retrouvé tous les symptômes des ramollissemens simples.

Seulement, dans les cas où le cerveau enflammé a pu sortir librement de la cavité du crâne (n° 26 et §. II, III, IV et V); et, dans un autre où l'inflammation a suivi une marche lente et a présenté une longue rémission (n° 22), les malades n'ont éprouvé que peu ou point de somnolence, ont conservé plus ou moins l'usage de leurs sens, et ont joui d'une manière plus ou moins complète du libre exercice de leurs fonctions intellectuelles. Nous avons attribué l'absence de ces symptômes généraux à ce que l'hémisphère sain n'était pas, comme dans les autres cas, comprimé par l'hémisphère enflammé et tuméfié : supposition d'autant plus probable, qu'elle est confirmée par l'apparition de ces mêmes symptômes, toutes les fois que dans une plaie de tête avec perte de substance, un obstacle quelconque s'oppose à la sortie du cerveau ou à l'évacuation du pus : les malades, en effet,

perdent connaissance, tombent dans un état de somnolence, etc.; dès que cet obstacle est levé, on les voit bientôt se réveiller et recouvrer l'intelligence.

Examinons maintenant dans quelle circonstance on a observé du délire. Chez le malade du n° 1 il se manifesta deux jours avant la paralysie. *L'arachnoïde était blanche, opaque, très-épaisse, et enduite à la surface interne d'une légère couche de matière albumineuse.*

Celui du n° 5 eut le septième jour du délire, qui fut remplacé, après le onzième, par un état de somnolence, suivi de paralysie : *la partie antérieure de la cavité du crâne était pleine de pus renfermé entre la dure-mère et l'arachnoïde.*

Celui du n° 6 eut aussi du délire pendant quelques instans : *les vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde étaient très-injectés; il s'écoula aussi de la sanie purulente.*

Le malade du n° 9 eut pendant six jours un délire fixe, qui cessa lorsque les symptômes de paralysie se manifestèrent : *la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère étaient partout très-injectées.*

Celui du n° 13 eut du délire, suivi de convulsions et de paralysie : *la méninge du côté gauche était très-injectée; entre elle et la méningine, on trouva une gelée tremblante*, etc.

Le malade du n° 18 eut d'abord un délire violent qui cessa quand les autres symptômes augmentèrent,

et revint le dixième jour, au moment où tous les autres symptômes se calmèrent : *on trouva beaucoup de sérosité épanchée dans l'un des ventricules, et du sang dans l'autre.*

Le malade du n° 19 eut un délire intermittent qui survint seulement sur la fin de la maladie ; et l'on trouva *un abcès rompu dans les ventricules et du pus épanché à la base du crâne.*

Vous venez de voir que dans aucun cas d'inflammation simple du cerveau, l'on n'avait remarqué la moindre apparence de délire, que toutes les fois, au contraire, que ce symptôme s'était montré, il existait une inflammation de l'arachnoïde (*Voyez* aussi le §. XIII, p. 245 et suiv., et les Observ. n° 1, §. IV, nos 5 et 10 de la Lettre précédente). Il est donc évident que, malgré l'opinion généralement reçue, le délire n'est pas un symptôme d'inflammation aiguë du cerveau, qu'il appartient spécialement, au contraire, aux inflammations de l'arachnoïde (*Voyez* p. 246 et suivantes).

Vous avez dû remarquer qu'en général le délire avait précédé l'apparition des premiers symptômes de paralysie ; cela tient à plusieurs causes : dans les affections traumatiques, l'inflammation de l'arachnoïde précède ordinairement de plusieurs jours celle du cerveau, comme je vous l'ai fait remarquer plusieurs fois. D'un autre côté, les inflammations spontanées de l'arachnoïde amènent souvent à leur suite celles du cerveau; vous en avez vu beaucoup

d'exemples. Enfin, dans les cas assez rares où l'inflammation de l'arachnoïde succède à celle du cerveau, cet organe étant déjà profondément affecté, n'est plus susceptible d'en être influencé, le délire n'est plus possible. Il n'y a qu'un cas où le délire puisse se manifester en même temps que l'hémiplégie, c'est celui où une inflammation de l'arachnoïde existant à la surface de l'hémisphère sain, celui-ci n'est pas ou n'est plus gêné dans ses fonctions par la tuméfaction de l'hémisphère enflammé. C'est probablement ce qui est arrivé chez le malade du n° 18, dont le délire revint avec violence le dixième jour, au moment où tous les autres symptômes se calmèrent, et cessa de nouveau avec le retour des premiers accidens. C'est aussi ce que vous avez vu chez celui du n° 19, qui eut, vers la fin de la maladie, un délire intermittent, lorsque l'abcès du cerveau s'ouvrit dans les ventricules, et que le pus s'épancha à la base du crâne : il est clair que dans ces deux cas le délire s'est manifesté dans le moment de détente, pendant lequel l'hémisphère sain a repris une partie de ses fonctions.

Puisque nous avons vu qu'un seul hémisphère libre suffisait pour la conservation des fonctions intellectuelles ; puisque l'inflammation de l'arachnoïde, qui recouvre l'hémisphère sain, peut produire des mouvemens convulsifs dans les membres du côté opposé, pourquoi la même irritation produite par l'arachnoïde enflammée, ne pourrait-elle pas, lorsqu'il est libre, produire du délire ? C'est,

au reste, ce que de nouveaux faits vous démontreront plus tard.

§. X. Les convulsions et la paralysie ont été, comme dans les cas de ramollissement, les symptômes les plus constans. Mais, dans les plaies de tête, l'arachnoïde de la surface des hémisphères étant le plus souvent enflammée, examinons d'abord ce qui s'est passé dans les membres du côté opposé à l'hémisphère affecté.

La paralysie a existé à un degré plus ou moins intense chez tous les malades, excepté un seul (n° 7) qui paraît n'avoir éprouvé que des convulsions, mais qui est mort au bout de deux heures.

Chez onze de ces malades, la paralysie a été précédée de mouvemens convulsifs (nos 1, 4, 5, 13, 14, 16, 20, 23, 24, 26 et §. II).

Chez huit, elle a été accompagnée de contraction permanente, avec flexion et roideur comme tétanique des membres (nos 9, 11, 15 et 18); ou de mouvemens convulsifs, intermittens, dont les retours étaient plus ou moins réguliers, et les intervalles plus ou moins longs (nos 3, 22 et 26, §. III).

Presque tous les malades qui éprouvèrent des contractions permanentes, manifestèrent de vives douleurs quand on voulut étendre les membres ou les écarter du corps. Plusieurs de ceux qui n'eurent que des mouvemens convulsifs, intermittens, se plaignirent d'élancemens, de douleurs spontanées dans les membres.

Ces symptômes spasmodiques ont été plus prononcés dans les membres supérieurs que dans les inférieurs; souvent même ils ont été bornés au bras (n°s 9, 11, 23, 26, §. III), ou ne se sont étendus à la jambe que plusieurs jours après (n° 24); ils ont paru dans les premiers temps de la maladie, et se sont affaiblis ensuite pour disparaître tout-à-fait, à mesure que la paralysie a fait des progrès, excepté dans trois cas où une nouvelle inflammation succéda à la première, lorsque la période d'irritation était déjà passée (n°s 12, 22 et 24). Le retour des symptômes spasmodiques indique donc une récidive de la maladie, ou, comme nous le verrons, l'apparition d'une nouvelle inflammation dans un autre point du même hémisphère.

Quant à la paralysie, elle s'est en général développée assez lentement, dans les cas où les symptômes spasmodiques n'ont pas été très-intenses; ainsi elle a commencé par un engourdissement du bras, une gêne, puis une paralysie des mouvemens, et la peau a conservé long-temps de la sensibilité.

Dans les cas où la paralysie n'a été ni précédée ni accompagnée de mouvemens spasmodiques, elle a marché d'une manière encore plus lente, et a présenté quelque phénomène particulier, qu'on n'observe pas dans les cas d'hémorrhagie cérébrale. Le malade du n° 10 éprouva d'abord un fourmillement, un engourdissement des membres, accompagnés d'embarras dans la parole; huit jours après, il pouvait encore se promener; le bras n'était même pas

entièrement privé de mouvement. Chez le malade du n° 26, §. IV, la paralysie a suivi à peu près la même marche. Celui du n° 19 éprouva en outre de la douleur dans le côté du cou qui était paralysé; il en fut de même chez celui du n° 6, qui, de plus, conserva la sensibilité. Enfin, chez le malade du n° 8, la paralysie ne s'étendit qu'au bras, et cessa après une saignée.

Je dois, au reste, vous faire, au sujet de ces dernières observations, une remarque importante. Excepté celle du n° 10, où la marche des symptômes est si bien décrite, toutes les autres sont puisées dans des auteurs plus ou moins anciens; et si vous y jetez un coup d'œil, vous serez frappé du laconisme et de l'obscurité des descriptions.

Dans l'Observation n° 12, la paralysie est survenue assez rapidement, et n'a été accompagnée de mouvemens spasmodiques que seize jours après; et vous avez vu que l'une était due à un épanchement de sang, et les autres à une inflammation consécutive : ainsi, en résumé, la paralysie produite par inflammation a été caractérisée par les symptômes spasmodiques qui l'ont précédée ou accompagnée quand elle est survenue brusquement, et par sa marche lente et progressive quand ces symptômes ont manqué, ce qui est arrivé très rarement.

Voilà pour la moitié du corps opposée à l'hémisphère affecté; voyons maintenant ce qui s'est passé dans l'autre.

Remarquez d'abord que, dans tous les cas où l'in-

flammation du cerveau n'était pas compliquée de celle de l'arachnoïde, les membres du côté opposé à l'hémisphère sain n'ont été le siége d'aucun phénomène spasmodique, et que toutes les fois qu'on a observé ces phénomènes, il existait une inflammation de l'arachnoïde; on pourrait déjà en conclure que ces symptômes ont été dus à cette dernière affection : mais la question étant importante, et plusieurs observations pouvant faire naître des objections, nous devons les examiner en particulier.

Les malades des n°s 1, 14 et 20, éprouvèrent d'abord des mouvemens convulsifs dans les deux moitiés du corps, puis une hémiplégie; outre l'inflammation du cerveau, qui existait du côté opposé à la paralysie, on trouva l'arachnoïde enflammée des deux côtés: ceci n'a pas besoin d'explication.

Le malade du n° 13, après une plaie de tête à droite, eut d'abord des convulsions à gauche suivies de paralysie, puis de l'agitation, des mouvemens spasmodiques à *droite; inflammation gangréneuse* de la dure-mère, *et suppuration du cerveau à droite; inflammation moins intense des méninges* à gauche. Cette inflammation, quoique moins intense à gauche, vous explique cependant suffisamment les symptômes spasmodiques observés dans le côté droit du corps; la chose n'est déjà plus aussi claire dans l'Observ. n° 4.

A la suite d'une *plaie de tête à gauche*, le malade eut, le onzième jour, des convulsions épileptiques *générales*, suivies de paralysie à *droite*, et de mouvemens

convulsifs à *gauche*. On trouva sous la plaie une suppuration du cerveau et de l'arachnoïde; mais le reste de cette membrane fut regardé comme sain: cependant on trouva de la sérosité dans les ventricules, à la base du crâne et dans le canal vertébral; ce qui prouve, contre l'assertion de Morgagni, que l'inflammation n'était pas bornée à la portion d'arachnoïde sous-jacente à la plaie, et nous rend compte des convulsions, d'abord générales, ensuite bornées au côté du corps non paralysé. La maladie du n° 5, produite également par une plaie de tête, présente les mêmes circonstances, et fait naître les mêmes réflexions.

Dans tous ces cas, l'inflammation de l'arachnoïde a précédé celle du cerveau, et les symptômes spasmodiques ont existé des deux côtés, jusqu'à ce que l'un des deux ait été paralysé.

Dans les observations n°s 9, 11, 12 et 18, les malades ont éprouvé une paralysie accompagnée de mouvemens convulsifs, ou de contraction permanente d'un côté, et des symptômes spasmodiques plus ou moins violens, sans paralysie, de l'autre. Outre la suppuration du cerveau qui existait du côté opposé à la paralysie, on a trouvé une inflammation de l'arachnoïde des deux côtés. Ceci ne présente donc aucune difficulté.

Riom (n° 10), à la suite d'un coup de feu à *droite*, devint peu à peu hémiplégique du côté *gauche*; après l'opération, qui donna issue au pus contenu

dans le cerveau, le côté droit fut pris de mouvemens convulsifs : *deux abcès dans l'hémisphère droit ; inflammation considérable de l'arachnoïde du même côté, très-légère à gauche.* L'inflammation de l'arachnoïde du côté droit existait certainement depuis quelques jours ; cependant le côté gauche n'a pas été affecté de convulsions, parce que les deux abcès qui existaient dans l'hémisphère sous-jacent avaient déjà produit la paralysie du côté gauche ; après l'opération, après le tamponnement de la dure-mère, cette inflammation s'est étendue à l'arachnoïde du côté gauche, et le côté droit du corps fut alors affecté de convulsions. Cette inflammation récente ne laissa, après la mort, que de faibles traces, et il eût été très-facile de ne pas y faire attention.

C'est ce qui est arrivé dans l'Observation n° 3. Le malade, à la suite d'une plaie à *gauche*, eut une paralysie du côté *droit*, et de quart d'heure en quart d'heure, des mouvemens convulsifs des deux côtés du corps. On parle bien de suppuration du cerveau et de l'arachnoïde du côté de la plaie, mais on ne dit rien de celle du côté opposé. Cette omission s'explique par l'extrême laconisme qui règne dans cette observation, surtout dans la description des altérations pathologiques.

Ainsi, toutes les fois que l'inflammation de l'arachnoïde est survenue spontanément, elle a paru à peu près également prononcée à la surface des deux hé-

misphères; toutes les fois, au contraire, qu'elle a été produite par une lésion extérieure, elle a été beaucoup plus marquée du côté de la plaie que de l'autre. Cependant, lorsque les altérations pathologiques ont été décrites avec soin, il a été évident que l'arachnoïde, qui recouvrait l'hémisphère sain, avait participé plus ou moins à l'inflammation très-intense qui avait affecté celle qui correspondait à la plaie (n°s 10 et 13), même lorsque les auteurs de ces observations avaient pensé qu'elle était saine (n°s 4 et 5); ce qui prouve jusqu'à l'évidence que dans l'Observation n° 3, et dans une foule d'autres analogues qu'on trouve dans les auteurs, si l'on n'a tenu compte que de la suppuration de l'arachnoïde du côté de la plaie, c'est que cette altération étant plus frappante, a seule attiré l'attention, et que d'ailleurs la suppuration trouvée dans le cerveau, expliquant suffisamment la mort, on a attaché peu d'intérêt à noter une injection vasculaire, une rougeur, une opacité du reste de l'arachnoïde; on n'a pas cru devoir tenir compte de la sérosité épanchée dans la cavité du crâne, ou dans les ventricules, ou infiltrée dans les mailles de la pie-mère; et notez bien que ce n'est que dans les observations tronquées que ces détails manquent. Ces altérations étaient peu remarquables, à la vérité, à côté des autres; mais elles auraient constaté que l'inflammation de l'arachnoïde s'était étendue à la surface de l'hémisphère sain, ce qui eût expliqué les symptômes

spasmodiques observés du côté opposé, et surtout évité des explications absurdes.

Il est donc évident que les convulsions générales qui ont précédé l'hémiplégie, et celles qui n'ont affecté que la moitié du corps non paralysé, ont été dues à l'inflammation de l'arachnoïde, qui a précédé ou accompagné celle du cerveau. Dans le premier cas, elle a influé sur les deux hémisphères du cerveau, parce qu'ils étaient sains; dans le second, elle n'a pu avoir d'influence que sur celui qui n'était pas déjà désorganisé par l'inflammation.

On observe la même chose lorsque, par l'effet d'une hémorrhagie cérébrale, ou d'une compression mécanique quelconque, un hémisphère a perdu ses fonctions, et qu'il survient une inflammation de l'arachnoïde : le côté du corps opposé à l'hémisphère affecté, est paralysé; l'autre seul est pris de convulsions.

§. XI. Je vous ai fait remarquer que les symptômes d'inflammation du cerveau différaient de ceux de l'apoplexie, en ce que, loin d'être continus et permanens comme eux, ils étaient susceptibles d'augmenter, de diminuer, de varier enfin d'un moment à l'autre; je vous ai fait voir les symptômes spasmodiques alternant avec ceux de paralysie, revenant à des intervalles variables, périodiques ou irréguliers; mais je n'ai pas encore arrêté votre attention sur ces rémissions remarquables par la diminution de presque tous les symptômes sur ces améliorations soudaines qui semblent présager une

heureuse issue de la maladie, et qu'on prendrait même pour un commencement de convalescence, si elles n'étaient suivies d'une rechute mortelle.

Jetons un coup d'œil rapide sur les observations que nous ont présentées ces phénomènes.

Parmi les malades de la Lettre précédente, celui du nº 1, après avoir offert les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques d'inflammation aiguë du cerveau, éprouva pendant vingt-quatre heures une amélioration remarquable; les sens étaient plus éveillés, l'intelligence moins obtuse : il prit du tabac, etc., etc. Le lendemain, retour des accidens. Mort deux jours après. A l'autopsie, *deux ramollissemens, dont l'un avec suppuration commençante, l'autre avec injection sanguine.*

Dans l'Observation de Collado, que je vous ai citée un peu plus loin, §. IV, le malade, après une *rémission marquée*, tomba dans la paralysie, etc.; la substance cérébrale était, comme dans le cas précédent, *partim ex rubro nigricans, partim purulenta.*

Le malade nº 3 de cette même Lettre, après avoir présenté des symptômes extrêmement graves d'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, était si bien le neuvième jour, qu'il venait de se promener dans la salle, lorsqu'il mourut tout à coup. *Plusieurs petits foyers contenant un pus blanc et fluide dans la substance blanche et le corps strié; ramollissement considérable de la substance cérébrale environnante.*

Marchetti (n° 4, L. 2), après deux espèces d'accès d'épilepsie très-graves et survenus coup sur coup, jouit pendant cinq jours d'une santé assez bonne, et mourut dans une troisième attaque, au bout de trente heures. *Abcès du volume d'une grosse muscade ; ramollissement considérable de la substance corticale.*

Marie Bourgoin (n° 7, L. 2) éprouva du douzième au seizième jour une amélioration marquée ; tous les symptômes fâcheux disparurent, excepté la céphalalgie. Le dix-septième jour, retour des premiers accidens, qui s'étendent aux deux côtés du corps. Mort quatre jours après. *Deux ramollissemens, l'un correspondant au côté du cerveau opposé à la moitié du corps primitivement affectée, avec commencement de suppuration ; espèce de fluctuation, etc. L'autre, moins avancé, occupant l'autre hémisphère.*

La malade du n° 12, L. 3, après avoir offert des symptômes d'hémorrhagie cérébrale, présenta, le seizième jour, à la suite de l'usage de la noix vomique, tous ceux d'une inflammation aiguë ; ils se calmèrent les jours suivans, et reparurent trois jours avant la mort. *Outre une infiltration de sang, abcès, et un peu plus loin, ramollissement très-étendu.*

Hafliger (n° 18, L. 3) éprouva le sixième jour une amélioration inattendue de presque tous les symptômes ; mais le lendemain ils reparurent avec plus d'inten-

sité, et la mort survint peu d'heures après. *Abcès de la grandeur d'un œuf de poulette.*

Le malade du n° 22 éprouva, du treizième au trente-deuxième jour, une amélioration telle qu'il put se promener; tout annonçait une guérison solide, lorsque, le trente-troisième, la céphalalgie, les convulsions, et bientôt l'hémiplégie, reparurent. Mort le cinquantième. *Collection d'environ trois onces de pus, parois de l'abcès d'un fond jaune, parsemées de granulations purpurines.*

La femme Revoise (n° 23) fut pendant dix jours dans un état continuel d'agonie; après quoi elle éprouva une espèce de résurrection inattendue, pendant laquelle cependant le bras resta paralysé. Au bout de huit jours, rechute accompagnée des symptômes les plus graves. Mort sept jours après (cinquante-cinquième). *Abcès considérable, enkysté; substance cérébrale environnante ramollie dans une grande étendue.*

Le malade du n° 24 éprouva, dans le cours de sa maladie, qui dura trente-trois jours, deux améliorations bien tranchées, suivies d'autant de rechutes, dont la première fut annoncée par le retour des convulsions, et la dernière, par un état comateux. *Dans le même hémisphère, trois abcès, dont deux enkystés et contigus, et le troisième récent.*

Enfin, Marie Machelin (n° 30, L. 2), après quatre mois de guérison d'une paralysie incomplète du côté *droit*, éprouva une paralysie des membres inférieurs.

30.

Endurcissement particulier d'une petite portion de l'hémisphère gauche ; ramollissement en bouillie, de deux pouces d'étendue de la moelle cervicale.

Biriat (n° 31, L. 2), après une disparition à peu près complète de tous les symptômes, fut trouvé mort dans son lit, le cinquantième jour de la maladie. *Endurcissement particulier d'une portion de la substance grise, ramollissement de la substance blanche sous-jacente.*

Il est remarquable que sur ces douze malades, qui ont joui pendant plus ou moins long-temps d'une rémission marquée de presque tous les symptômes, d'une amélioration inespérée, suivie du retour des accidens, nous ayons rencontré chez onze autant d'altérations qu'il y a eu de rechutes, et que l'observation du n° 18, où l'on n'indique qu'un abcès, est précisément celle où nous avons remarqué tant d'inexactitudes dans la description des symptômes. D'ailleurs, les ramollissemens du cerveau sont des altérations qui peuvent échapper si facilement à un œil peu exercé ou peu attentif, que cette observation ne peut pas nous empêcher de conclure de toutes les autres, que les véritables rechutes sont dues à de nouvelles inflammations développées, soit autour de la première, soit à quelque distance, soit dans l'autre hémisphère, ou même dans la moelle épinière, tantôt après une terminaison de l'inflammation par induration (n°s 30 et 31, L. 2), tantôt après la formation d'un abcès. Dans tous les cas, les différentes

altérations portent des caractères de *récense* ou d'ancienneté, qui prouvent qu'ils appartiennent à des époques différentes de la maladie, ou plutôt à des inflammations distinctes, d'une date différente.

Il n'est pas difficile d'expliquer la diminution et la disparition des symptômes, quand l'inflammation se termine par résolution ; mais comment s'en rendre compte dans les autres cas? Je vous ferai remarquer d'abord que, dans aucune des observations de la première Lettre, il n'est question de ces améliorations spontanées et prolongées, qui semblent annoncer une convalescence prochaine, et que cette première Lettre ne contient que des observations de ramollissemens avec injection sanguine, altération que nous avons regardée comme produite par une inflammation encore dans sa période de *crudité*. Dans tous les cas que je viens de vous rappeler, il y avait induration d'une petite portion de la substance cérébrale en suppuration réunie en petits foyers plus ou moins nombreux, ou abcès bien circonscrits. Nous examinerons plus tard d'une manière spéciale les cas de terminaison par induration.

Quant à la suppuration, dès qu'elle commence à s'établir dans un phlegmon, les malades éprouvent ordinairement un soulagement notable; non-seulement la douleur diminue, mais encore on remarque une espèce de détente générale et locale; la partie enflammée devient moins rouge, moins engorgée, moins tendue; la tumeur s'affaisse; le centre seul devient plus saillant,

à mesure que le pus s'y rassemble et que la fluctuation se prononce ; en un mot, la fluxion inflammatoire cesse. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les inflammations du cerveau? Toutes nos observations prouvent que l'analogie est complète.

Je vous ai déjà donné une idée de l'énorme turgescence que la fluxion inflammatoire pouvait produire dans la substance cérébrale, par la quantité considérable de cerveau qui sortait du crâne, lorsque ce gonflement pouvait s'opérer librement au dehors. Vous avez vu que, dans ces différens cas, les malades, exempts de somnolence, de stupeur, avaient conservé plus ou moins l'usage de leurs sens et de leur intelligence. Or, sans avoir besoin de supposer que le pus occupe moins de place lorsqu'il commence à se réunir en foyer, que quand il est disséminé, infiltré dans la substance cérébrale, il suffit de se rappeler qu'à mesure que la suppuration s'opère, la fluxion inflammatoire diminue, et avec elle le gonflement, la tension de la partie enflammée, pour concevoir qu'alors l'hémisphère sain étant moins comprimé, les portions saines de l'hémisphère affecté étant moins tuméfiées, le malade peut sortir de cet état comateux où il était plongé, se réveiller pour ainsi dire, reprendre plus ou moins l'usage de ses sens et de sa raison, comme dans les cas de plaie pénétrante, avec perte de substance, où l'on est forcé, par la gravité des accidens, d'enlever les pièces d'appareil destinées à empêcher l'issue du cerveau ; et remarquez

bien que cette amélioration, que nous avons observée dans ces cas de suppuration, a porté sur la somnolence, sur l'exercice des sens et de l'intelligence, symptômes qui manquaient dans les cas d'issue du cerveau hors du crâne, que nous avons, à cause de cela, attribués au gonflement et à la compression de cet organe, et appelés symptômes généraux. Les membres du côté opposé sont d'abord restés paralysés pendant plus ou moins de temps; mais quand le pus s'est concentré davantage, s'est réuni en foyer; quand l'inflammation s'est dissipée, les parties saines de l'hémisphère malade sont rentrées peu à peu dans leurs fonctions; l'altération ainsi circonscrite est devenue tout-à-fait locale; le pus alors a agi comme un véritable corps étranger, analogue aux kystes hydatiques, aux tumeurs fibreuses, scrofuleuses, etc. Et puisque ces corps étrangers ne sont pas incompatibles avec les fonctions du cerveau, au moins dans l'intervalle des accès, pourquoi n'en serait-il pas de même des collections purulentes, lorsque la congestion inflammatoire est passée? Vous verrez qu'en effet les abcès enkystés se comportent de la même manière.

On croit généralement que le moment où la suppuration s'établit est celui de la plus grande intensité des symptômes; et l'on attribue la paralysie, le coma, etc., à la compression produite par le pus épanché; mais la paralysie existe dans les cas où l'on ne rencontre encore qu'un ramollissement avec in-

jection sanguine; et, comme vous venez de le voir, les symptômes généraux diminuent ou cessent quelquefois entièrement à cette époque, que les anciens ont appelée période de coction : c'est donc une double erreur, contre laquelle les praticiens doivent être en garde pour établir leur pronostic.

Je ne puis trop le répéter, dans l'étude des inflammations aiguës du cerveau, il ne faut pas seulement tenir compte de l'altération souvent très circonscrite qu'on trouve après la mort; mais il faut encore avoir égard à la congestion sanguine qui a dû l'accompagner pendant la vie, et dont elle n'est plus qu'une preuve après la mort.

Abstraction faite de toute explication, ces faits sont très-importans pour la pratique; ils vous prouvent d'abord combien il faut être réservé dans le pronostic des inflammations du cerveau, lorsque tout semble annoncer une convalescence franche, je dirai même une guérison solide. Ils vous montrent avec quelle facilité une nouvelle inflammation succède à une première; combien par conséquent le médecin doit être sévère dans les convalescences, pour éloigner toutes les causes de rechutes. Mais n'existe-t-il point de caractères propres à faire distinguer ces convalescences trompeuses de celles qui sont dues à la résolution franche et complète de l'inflammation ?

L'époque à laquelle se manifeste l'amélioration des symptômes est une circonstance fort importante à considérer; nous avons vu que la suppuration s'éta-

blissait de la fin du premier septenaire à la fin du second, et qu'après le trentième jour on commençait déjà à découvrir à la surface du foyer les premiers rudimens d'un kyste. Tant que la suppuration n'est pas formée on peut espérer la résolution de l'inflammation; mais quand elle est réunie en foyer, il est difficile d'en espérer l'absorption, à plus forte raison quand on a lieu de croire qu'une membrane s'est organisée autour du pus. Ce n'est donc plus alors qu'un calme trompeur qui peut durer des mois et même des années, comme nous le verrons en parlant des abcès enkystés; la présence du pus est une cause permanente d'irritations qui se succèdent, et tôt ou tard amènent la mort. Ces considérations doivent être ajoutées à toutes celles que nous avons déjà fait valoir pour engager les praticiens à agir vigoureusement dès les premiers instans. (*Voyez* les Obs. de guérison à la fin de la Lettre précédente.)

La persistance de la céphalalgie doit faire suspecter la convalescence; son retour annonçant presque infailliblement une nouvelle inflammation, doit faire recourir aussitôt à un traitement antiphlogistique énergique.

La persistance de la paralysie, après le retour des facultés intellectuelles, doit faire présumer une suppuration du cerveau, ou du moins une altération profonde de son tissu. Le retour du plus léger symptôme spasmodique est déjà, dans ce cas, un symptôme grave qui ne tarde pas à être suivi de la paralysie, etc.

§. XII. Je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de vous présenter ce résumé exact des observations de suppuration, quoiqu'il fût entièrement conforme à l'examen que nous avons fait de tout ce qui concerne les ramollissemens du cerveau. Si c'est une répétition, elle est excusable, par l'importance que j'ai dû attacher à vous démontrer l'identité de la cause qui a produit ces différentes altérations. Je me suis dispensé de revenir sur les questions que j'avais déjà discutées : j'en ai abordé d'autres dont je n'avais encore pu m'occuper, parce que je ne voulais pas devancer les faits. Après les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion de chaque symptôme en particulier, il serait inutile de vous tracer ici un tableau complet de l'inflammation du cerveau, à la manière des nosologistes. Je dois seulement vous rappeler les principaux traits auxquels vous pourrez la distinguer des inflammations de l'arachnoïde et des hémorrhagies cérébrales, avec lesquelles elle a plus d'affinité.

D'abord je dois vous faire remarquer qu'on peut les distinguer dès le moment de leur début; je dirai même qu'elles n'offrent de caractères bien tranchés que dans leur première période : à mesure qu'elles s'aggravent, les traits distinctifs s'effacent, elles se terminent toutes par une paralysie plus ou moins générale, plus ou moins complète, du sentiment et du mouvement, une abolition des fonctions des sens et de l'intelligence, un état comateux, en un mot, une prostration générale de toute l'économie.

Ce sont donc les premiers symptômes qu'il est important de bien étudier; de même que c'est au début de la maladie qu'il est plus urgent d'agir avec énergie.

Les symptômes spasmodiques produits par l'inflammation de l'arachnoïde affectent les deux côtés du corps peut-être quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent; ils sont ordinairement accompagnés de délire, et jamais de paralysie. Ceux qui sont dus à l'inflammation du cerveau se bornent à la moitié opposée du corps, et quelquefois à la face et au bras; ils ne sont pas accompagnés de délire, et sont promptement suivis de paralysie. Quand l'inflammation du cerveau succède à celle de l'arachnoïde, après les symptômes qui caractérisent la première, la paralysie s'empare d'un côté du corps, et y remplace les phénomènes spasmodiques; les convulsions continuent dans l'autre moitié, sans paralysie. Si l'inflammation de l'arachnoïde succède à celle du cerveau, tout reste dans le même état du côté du corps primitivement affecté, et l'autre est pris de mouvemens convulsifs sans paralysie. On n'observe presque jamais alors le délire.

La paralysie produite par l'inflammation du cerveau se distingue de celle qui dépend d'une hémorrhagie, par les phénomènes spasmodiques qui la précèdent ou l'accompagnent quand elle survient brusquement; et par la lenteur de sa marche, la céphalalgie, la douleur des membranes paralysées, etc., quand ces phénomènes spasmodiques manquent.

Lorsque l'inflammation du cerveau succède à à l'hémorrhagie, et que l'épanchement n'est pas assez considérable pour anéantir les fonctions de cet organe, on observe, quelques jours après une paralysie survenue plus ou moins brusquement, des symptômes spasmodiques dans les membres paralysés : si une inflammation de l'arachnoïde s'y joint encore, les membres du côté non paralysé sont eux-mêmes affectés de mouvemens convulsifs.

Quand une nouvelle inflammation succède à une première, si c'est dans l'autre hémisphère, on observe dans la moitié du corps restée saine, les mêmes phénomènes que dans celle qui avait été primitivement affectée, et les premiers symptômes n'en sont point influencés; si c'est dans le même hémisphère, les symptômes spasmodiques reparaissent, et la paralysie augmente, lorsque la première inflammation n'a produit qu'une altération peu considérable du cerveau, et n'a laissé par conséquent qu'une légère paralysie. Ce cas est absolument le même que celui des hémorrhagies peu intenses qui sont suivies d'inflammation; seulement la première maladie présente dans l'un et l'autre cas les caractères qui lui sont propres. Quand la première inflammation a déjà produit une altération profonde du cerveau, la rechute n'est caractérisée que par une augmentation de tous les symptômes, un état comateux, un collapsus général; comme quand l'inflammation succède à une hémorrhagie considérable.

§. XIII. Le pronostic des inflammations du cerveau doit varier suivant une foule de circonstances que nous allons examiner ; mais en général on conçoit que l'inflammation aiguë d'un organe dont les fonctions sont si importantes, dont la texture est si délicate, est toujours une maladie très-grave. Cependant il s'en faut de beaucoup qu'elle soit aussi constamment fatale qu'on pourrait l'imaginer, et que beaucoup d'auteurs l'ont cru. Tous les praticiens qui, dans ces dernières années, ont recueilli des observations de rammollissement du cerveau, pensent que cette maladie se termine presque toujours par la mort. Comme les ramollissemens sont produits par l'inflammation du cerveau, il s'ensuivrait que cette maladie serait essentiellement mortelle ; heureusement il est facile de démontrer que c'est une erreur, et d'en indiquer la source.

Je vous ai rapporté dans la lettre précédente plusieurs observations dans lesquelles la maladie, après avoir offert les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques *du ramollissement*, s'est terminée par la guérison. Les fastes de la chirurgie contiennent une foule d'exemples de plaies de tête accompagnées de délabrement considérable du cerveau et suivies des accidens les plus graves, auxquels cependant les malades ont échappé. D'un autre côté, les ramollissemens du cerveau n'ont guère été observés que chez des individus d'un âge déjà avancé, parce que chez eux la mort est arrivée avant que l'inflammation ait pu pro-

duire la suppuration, c'est-à-dire parce qu'ils étaient dans des circonstances défavorables pour résister à la maladie : première cause de mortalité. Cet âge des malades, une apparence de faiblesse, due à la paralysie, et surtout à sa marche lente et progressive, le *ramollissement* de l'organe affecté, qu'on regardait comme un état opposé à celui que produit l'inflammation ; tout a concouru à faire considérer cette altération comme le résultat d'une maladie d'une nature tout-à-fait contraire à celle des inflammations, c'est-à-dire asthénique ; et l'on a traité presque tous les malades par les émétiques, les dérivatifs extérieurs, les toniques, et même les stimulans diffusibles les plus énergiques, tels que l'acétate d'ammoniaque, le vin, le café, le camphre, etc.

Vous trouverez dans les ouvrages de chirurgie des observations presque incroyables de guérison de plaies du cerveau accompagnées des circonstances les plus effrayantes, et vous verrez qu'on a pratiqué dans ce cas jusqu'à douze, quinze et même vingt saignées dans l'espace de quelques jours. D'après ce que j'ai vu ou lu, je suis convaincu que si les chirurgiens militaires guérissent tant de plaies de tête graves, malgré les circonstances les plus défavorables, ils le doivent aux abondantes et fréquentes évacuations sanguines dont ils font usage. Si vous jetez les yeux sur les observations de guérison que je vous ai rapportées, vous verrez que ce sont les seules dans lesquelles on ait employé un traitement antiphlogis-

tique et dérivatif énergique et sans mélange. Après cela faut-il s'étonner de la différence des résultats obtenus par des traitemens si différens? Lorsqu'on emploiera pour les inflammations spontanées du cerveau le traitement suivi dans les cas de lésions traumatiques, on en obtiendra des résultats analogues, et probablement plus satisfaisans encore, parce que le désordre sera souvent moins considérable. Je ne crains pas d'avancer que quand on les connaîtra mieux, et qu'on les traitera dès le début d'une manière plus rationnelle, on en guérira autant qu'on guérit aujourd'hui de pneumonies aiguës et récentes.

Il existe sous ce rapport une très-grande différence entre l'encéphalite et l'hémorrhagie cérébrale : l'une, traitée convenablement dans les premiers jours, peut se terminer très-promptement par résolution, sans laisser aucune trace de paralysie ni d'altération des fonctions intellectuelles ; l'autre, au contraire, si elle n'est pas prévenue, laisse dans la substance cérébrale un caillot qui, s'il ne cause pas la mort, permet au moins très-rarement le retour plein et entier de toutes les fonctions, quel que soit le traitement qu'on emploie. Je ne puis pas établir de proportions entre la gravité de ces deux maladies, mais la différence est certainement très-grande.

Quant aux circonstances qui doivent influer sur le pronostic, vous avez vu que la durée de la maladie était en général proportionnée à l'intensité des symp-

tômes spasmodiques. Lorsqu'ils ont été très-violens, la mort a été très-prompte, elle est même une fois survenue subitement et avant que la paralysie ait eu le temps de se manifester (n° 7); dans les cas où la paralysie a marché d'une manière lente et progressive, la maladie a été plus longue et accompagnée de rémissions, etc.

Cependant cette marche lente de la paralysie ne doit point en imposer au médecin; il faut qu'il se garde bien, par exemple, de traiter légèrement un engourdissement du bras ou de la main, une faiblesse des muscles de la moitié du cou, une espèce de pesanteur, de lassitude d'un côté du corps, surtout si ces symptômes sont accompagnés de céphalalgie, d'assoupissement, d'un sentiment de formication le long des nerfs, d'une douleur sourde ou lancinante dans la profondeur des membres : enfin il ne doit plus avoir de doute sur la nature et la gravité de la maladie lorsqu'il remarque en même temps du trouble dans les idées, un affaiblissement de la mémoire et des autres fonctions intellectuelles, un regard mal assuré, du strabisme, de l'embarras dans la parole, un aspect stupide du visage, et une légère déviation de la bouche, pour peu que les muscles de la face entrent en contraction. Cette apparente bénignité des premiers symptômes, qui peut durer pendant plusieurs jours, ne doit pas faire partager au médecin la sécurité de ceux qui entourent le malade; il faut qu'il insiste sur la gravité de la maladie, non-seule-

ment pour mettre sa réputation à couvert, mais encore pour que tous les moyens énergiques qu'il a besoin de prescrire soient fidèlement exécutés. Qu'il se hâte surtout, qu'il se hâte, s'il veut être utile, de les employer avec une inflexible fermeté. Quand le plus léger symptôme de paralysie paraît, le cerveau est déjà altéré; c'est le moment d'agir avec avantage, il ne faut pas le laisser échapper; plus tard il ne sera plus temps d'enrayer la marche de la désorganisation.

Si l'absence des symptômes spasmodiques doit faire présumer que la maladie suivra une marche moins rapide, il ne s'ensuit pas qu'elle soit moins dangereuse : car si l'inflammation est moins franchement aiguë, cela tient à l'âge, à la constitution des individus, etc.; et ces circonstances, qui sont peu favorables au développement de l'inflammation, laissent aussi peu de ressources à la nature et à l'art pour la combattre.

Il ne faut pas croire cependant que l'âge avancé, l'absence des symptômes spasmodiques, la pâleur de la face, etc., doivent arrêter dans l'emploi des évacuations sanguines, et faire recourir aux toniques; seulement il faut insister davantage sur les applications de glace, sur les dérivatifs internes et externes; tirer moins souvent du sang et moins à la fois; remplacer, par exemple, la saignée générale par les sangsues au cou.

Dans les cas où la paralysie est accompagnée de

roideur comme tétanique, de mouvemens convulsifs violens, il faut prédire une marche plus rapide et une terminaison plus prompte en bien ou en mal; mais de tous les cas c'est le plus favorable à la guérison: les saignées très-copieuses répétées trois ou quatre fois par jour, aidées de la glace, font avorter l'inflammation avant que le cerveau soit désorganisé: ici les dérivatifs internes ou externes sont moins utiles, il faut surtout prendre garde de les employer trop tôt. Il faut savoir aussi qu'une saignée poussée jusqu'à la syncope produit plus d'effet que deux ou trois médiocres.

Dans toutes les observations de guérison que nous avons rapportées, les symptômes spasmodiques existaient encore quand on a commencé le traitement. Quoique M. Remy (n° 28, L. 2) fût dans un état d'agonie quand je lui appliquai de l'eau bouillante aux jambes et aux cuisses, les membres paralysés étaient fléchis, le bras et les doigts avaient conservé une roideur assez remarquable: la persistance du moindre symptôme spasmodique dans les parties paralysées est donc d'un favorable augure; elle annonce en effet que l'hémisphère enflammé jouit encore d'une partie de ses fonctions.

Quand la paralysie a été précédée ou accompagnée des symptômes spasmodiques très - énergiques, et qu'ils n'existent plus, la chance de succès est beaucoup moindre; il est probable que le cerveau est déjà profondément altéré; les évacuations sanguines ne sont plus d'une efficacité aussi prompte, ni aussi durable;

il faut insister long-temps sur l'emploi de la glace et des dérivatifs permanens, comme vésicatoires, cautères, moxas, etc.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est moins fâcheux, quand les mouvemens convulsifs ou la paralysie sont bornés à un côté de la face, du cou ou des membres supérieurs, que quand ces symptômes s'étendent à toute la moitié du corps; quand la paralysie ne porte que sur les mouvemens volontaires, que quand la sensibilité est éteinte dans les membres supérieurs, et, à plus forte raison, dans les inférieurs; quand un seul côté du corps est affecté, que quand tous les deux le sont simultanément ou successivement, soit qu'il existe deux inflammations, soit qu'elle ait son siége dans la protubérance annulaire ou la moelle allongée.

L'inflammation du cerveau étant nécessairement moins grave quand elle est simple que quand elle est compliquée, lorsque les symptômes qui lui sont propres se manifestent après le délire, les mouvemens généraux, etc., ou que la moitié du corps qui était restée libre est ensuite prise de symptômes spasmodiques, c'est-à-dire lorsqu'une inflammation de l'arachnoïde a précédé, accompagné ou suivi celle du cerveau, le danger est plus grand. Il en est de même lorsqu'une hémiplégie, survenue brusquement, est suivie, après un temps plus ou moins long, de symptômes spasmodiques, qui indiquent que l'inflammation est survenue après une hémorrhagie. On doit en

dire autant des autres complications. Enfin l'apparition de tout symptôme indépendant des mouvemens volontaires de la sensibilité et de l'intelligence, annonçant l'affection d'un autre organe, est un épiphénomène dont il faut tenir compte.

L'intégrité des fonctions intellectuelles est d'un heureux augure; mais le délire n'est pas un symptôme aussi fâcheux qu'un calme apparent, produit par un état de somnolence, de coma profond, dans lequel le malade, comme stupide, se montre indifférent à tout, perd la mémoire et l'intelligence; quand le délire reparaît, au moment où le malade sort de cet état soporeux, c'est un bon signe; il est toujours accompagné d'une rémission dans les autres symptômes; il annonce le retour d'une partie des fonctions du cerveau, par conséquent une diminution dans la fluxion inflammatoire. Il en est de même de la céphalalgie qui revient après avoir cessé par l'augmentation de la maladie.

Quand le malade rend involontairement ses matiérès fécales, quand il ne sent plus l'impression de l'urine sur sa vessie, quand il la rend goutte à goutte, et par regorgement, c'est-à-dire parce que la vessie ne peut plus se distendre davantage, la mort est à peu près certaine; je n'ai vu échapper aucun des malades qui répandaient autour d'eux l'*odeur de souris*, dont je vous ai plusieurs fois parlé.

Lorsque la paralysie commence à envahir la moitié du corps restée libre, il faut s'attendre à voir mou-

rir le malade au bout de quelques jours. Dès le moment où la respiration commence à s'embarrasser par l'engouement des bronches et à exiger un effort un peu marqué des muscles de la poitrine, il est probable qu'il ne passera pas vingt-quatre heures.

Toutefois, il faut encore tenir compte du traitement qui a été suivi antérieurement. Quel que soit l'état désesperé du malade pour lequel vous êtes appelé, s'il a été traité par les toniques, les stimulans diffusibles, les antispasmodiques, etc., tout n'est pas entièrement désespéré, et votre espoir doit être d'autant plus grand que le traitement antérieur aura été plus incendiaire. Mais votre conduite ne sera pas la même dans tous les cas; elle dépendra de l'état du malade: si, par exemple, vous ne sentez plus les battemens du pouls, si la peau est couverte d'une sueur froide et visqueuse, etc, hâtez-vous d'abord de ranimer un souffle de vie prêt à s'éteindre, à l'aide des dérivatifs les plus prompts et les plus énergiques, comme l'eau bouillante; d'arrêter la fluxion par l'application de la glace sur la tête. (*Voyez*, au reste, l'observation n° 28, Let. 2.)

Lorsqu'après les symptômes les plus alarmans, la maladie semble s'arrêter tout à coup et marcher rapidement vers la guérison, lors même que tout semble annoncer une convalescence franche, gardez-vous cependant de prononcer que le malade est hors de danger; votre pronostic pourrait être démenti à l'instant même par une mort subite, que rien ne pouvait

faire prévoir : les observations de ce genre sont très-nombreuses, et d'ailleurs la sécurité que ce pronostic doit inspirer peut être la cause d'imprudences fatales. Cependant, lorsque dans les douze ou quinze premiers jours une amélioration progressive suit de près un traitement bien dirigé, on peut raisonnablement l'attribuer à la résolution de l'inflammation. Plus elle survient tard, plus il est probable qu'elle tient à l'état de calme, de détente, qui accompagne ordinairement la période de *coction*, pendant laquelle s'établit la suppuration; mais dans tous les cas, lorsque la céphalalgie persiste, malgré la diminution des autres symptômes, il faut craindre une rechute; lorsqu'après avoir cessé elle reparaît, la rechute est imminente, et le plus léger retour des symptômes spasmodiques qui survient après, en est déjà le sinistre avant-coureur. Dès ce moment il n'est guère permis de conserver quelque espoir de salut.

Après la guérison la plus solide, il est important d'éloigner des malades tout ce qui pourrait déterminer une congestion sanguine vers le cerveau, une première affection cérébrale devant faire craindre une disposition naturelle, et étant par elle-même une cause prédisposante à une seconde.

Le nommé Megnhyel, dont je vous ai rapporté l'observation (Let. 2, n° 25), en est une preuve toute récente; vous avez vu que le cinquième jour sa convalescence fut complète, et que le huitième il reprit ses travaux et son appétit; très-probablement aussi

qu'il reprit ses anciennes habitudes, et continua à s'enivrer comme de coutume. Je viens d'apprendre par le docteur Deslande, qui l'avait traité avec tant de succès, que trois mois après il a été pris d'une apoplexie foudroyante, à laquelle il avait succombé en un quart d'heure, en sorte qu'il n'existait déjà plus quand ce praticien est arrivé; malheureusement il ne put obtenir, malgré toutes ses instances, d'examiner le cerveau.

§. XIV. Dans la plupart des observations qui font le sujet de cette troisième Lettre, le traitement n'est pas indiqué; dans les autres, il a été antiphlogistique, quand les symptômes se sont montrés à la suite de plaies de tête, et plus ou moins excitant, quand ils sont survenus spontanément. Vous avez vu que l'émétique avait plusieurs fois aggravé les accidens, et que Petit se repentit de l'avoir administré, lorsqu'il pensa que sa malade avait une inflammation du cerveau.

Les remarques relatives au traitement, qui m'ont été suggérées par les observations des deux premières Lettres et de celle-ci, suffisent pour le moment; je n'entrerai pas dans de plus grands détails à cet égard, parce que je serai obligé d'y revenir en parlant des inflammations de l'arachnoïde. Il est seulement un point sur lequel je dois insister, afin de détruire le doute que pourrait laisser dans votre esprit l'opinion de Desault, mal interprétée. J'ai cherché à vous faire voir les dangers de l'administration de l'émétique

dans les inflammations du cerveau. J'ajouterai à tout ce que je vous ai dit à ce sujet, que M. Ducrot, dont je me plais à vous citer l'excellente Dissertation, craint tellement les fâcheux effets des vomitifs dans la *céphalite*, à cause de leur influence pernicieuse sur la marche des symptômes, qu'il les proscrit même dans les cas où elle est compliquée d'embarras gastrique, etc.; vous savez cependant quel avantage Desault a retiré, dans sa pratique, de l'emploi de l'émétique dans les plaies de tête, et avec quelle espèce d'enthousiasme il en parle. La haute opinion qu'il en avait conçue était sans doute exagérée, mais elle était fondée sur une longue expérience.

Cette opposition tranchée dans les résultats obtenus par le même médicament, s'explique naturellement par la dose à laquelle il a été administré. Desault en prescrivait ordinairement un grain, dissous dans une pinte de liquide, que le malade prenait dans le courant de la journée; il avait l'intention non pas de provoquer des vomissemens, mais d'entretenir le ventre libre, de déterminer quelques selles dans les vingt-quatre heures.

Le docteur Morel, dans sa traduction du *Traité des Plaies de tête* de Richter, dit dans une note, page 173, qu'étant élève de Desault, et ayant suivi long-temps la pratique de ce grand chirurgien, cinq années d'expérience lui ont appris que le succès de l'émétique dans les plaies de tête ne doit pas être

attribué aux vomissemens qu'il détermine; qu'il a vu souvent, au contraire, les accidens s'exaspérer par les vomitifs proprement dits : ces résultats sont donc conformes à ceux dont nous avons parlé.

En employant l'émétique à très-petite dose, on produit d'une manière à peu près continue une irritation modérée sur une vaste surface des membranes muqueuses ; on obtient le même effet qu'avec tous les autres dérivatifs ; c'est une espèce de large vésicatoire interne : reste à savoir maintenant si ce mode de dérivation est préférable aux autres. Ceux qui sont pour l'affirmative se fondent sur la grande sympathie qui existe entre les organes digestifs et le cerveau, sympathie au moyen de laquelle l'effet dérivatif doit être plus énergique. Mais s'il est certain que très-souvent l'inflammation aiguë des organes digestifs amène consécutivement celle du cerveau et de ses dépendances, n'est-il pas à craindre qu'elle l'augmente encore quand elle existe déjà ? On répondra peut-être que non, parce qu'on produit une irritation plutôt qu'une inflammation aiguë de la membrane muqueuse. Sans examiner jusqu'à quel point on peut graduer à volonté l'effet qu'on veut produire sur l'estomac et les intestins, je répondrai qu'on ne peut déplacer une inflammation par une autre, que quand celle qu'on détermine est plus forte que celle qui existait, sans quoi elle ne fait que l'aggraver : il faudra donc que l'action de l'émétique soit très-énergique, ou que l'inflammation du cerveau soit peu intense. Desault employait l'émétique dès le dé-

but, et même avant l'apparition des premiers symptômes; il agissait avant que l'inflammation ait eu le temps de s'établir et d'acquérir de l'intensité : il a donc pu facilement la détourner; voilà ce qui explique les nombreux succès qu'il en a obtenus. Mais, dans le traitement des maladies qui se développent spontanément, on ne peut administrer de médicamens avant l'apparition des symptômes, et le plus souvent la maladie est déjà très-grave quand le médecin est appelé. Or, vous ne pouvez pas provoquer sans danger une forte inflammation gastro-intestinale; il faut donc commencer par diminuer le plus possible celle du cerveau, à l'aide des saignées copieuses, de la glace, etc. Mais quand on en est venu à ce point, ne vaut-il pas mieux employer des lavemens purgatifs, des vésicatoires ou tout autre dérivatif externe, que de s'exposer, en donnant l'émétique, à produire contre son gré des efforts de vomissemens qui peuvent amener une rechute? car on peut donner au malade une trop grande quantité de liquide à la fois, ou son estomac peut être habituellement ou devenir momentanément très-susceptible. Quoi qu'il en soit, si vous vous décidez à l'employer dans les cas d'inflammation du cerveau, ne le faites que dans les circonstances favorables et avec les précautions convenables.

§. XV. En analysant les symptômes d'inflammation du cerveau, je me suis contenté de raisonner d'après les faits bien observés que j'avais sous les yeux; j'ai fait abstraction des opinions des auteurs, parce

qu'elles n'auraient pu que compliquer encore davantage des questions qui par elles-mêmes exigeaient déjà beaucoup d'attention. La discussion de ces faits m'a conduit à des conséquences qui diffèrent toutes plus ou moins des idées généralement reçues. Il me reste maintenant à vous montrer comment ces idées se sont établies, et quelles sont les erreurs d'observation qui les ont entretenues.

La séparation de la médecine et de la chirurgie a toujours été l'obstacle le plus puissant qui se soit opposé aux progrès de la pathologie ; mais c'est principalement sur l'étude des affections cérébrales qu'elle a eu la plus fâcheuse influence. Les médecins, faisant peu d'ouvertures de corps, ont regardé comme des maladies essentielles les symptômes d'inflammation du cerveau et de l'arachnoïde, lorsqu'ils se manifestaient spontanément, et leur ont donné des noms différens, d'après l'ensemble qu'ils présentaient, ou la prédominance de quelques-uns d'entre eux. (Nous reviendrons sur ces fièvres essentielles, après avoir étudié les inflammations de l'arachnoïde.) Par la même raison, ils ont puisé dans les ouvrages de chirurgie les observations d'inflammation du cerveau qui ont servi de bases à leurs opinions sur cette maladie, et à la description qu'ils nous en ont laissée. Je vous ai fait voir que Morgagni lui-même ne parlait des inflammations du cerveau qu'au sujet des plaies de tête, et qu'il rapportait au chapitre des apoplexies les observations de suppu-

ration du cerveau qui n'avaient pas été précédées de lésion extérieure. Mais ces observations chirurgicales, consultées par les médecins, étaient recueillies dans un autre but, et par conséquent envisagées sous un autre point de vue. Les chirurgiens, trop occupés de plaies, de fractures, etc., ont décrit avec un soin minutieux toutes les circonstances de la maladie extérieure. Ils ont dû chercher à déterminer s'il fallait, ou non, réappliquer les lambeaux, réunir par première intention, trépaner, etc., où, quand et comment il fallait appliquer le trépan. Des discussions se sont élevées sur tous ces points, et les observations particulières n'ont été recueillies pendant des siècles que pour soutenir telle ou telle opinion relative au traitement local des plaies de tête. Aussi manquent-elles des détails les plus importans, sous le rapport des symptômes et des altérations pathologiques; aussi la plupart sont-elles tellement tronquées, qu'elles ne peuvent servir en rien aux progrès de la pathologie. D'un autre côté, les inflammations du cerveau, survenues à la suite de plaies de tête, sont toutes plus ou moins compliquées; ce qui a fait confondre les symptômes essentiels avec ceux qui ne sont qu'accessoires. En résumé, les médecins qui ont écrit sur les inflammations du cerveau ont emprunté sans examen, aux chirurgiens, des matériaux qu'ils avaient façonnés pour un autre édifice; et les chirurgiens, dans les cas où la maladie n'avait pas été produite par cause externe, ont reçu de confiance, des médecins, leurs fièvres essentielles. Singulier

échange auquel nous devons les erreurs qui se sont propagées jusqu'à nous.

§. XVI. *In phrenitide*, dit Meibomius, *ipsa cerebri substantia non inflammatur.* (Exerc. de Obs. rarior. Coroll. 4.) M. Ducrot pense aussi que le délire dépend de l'inflammation de l'arachnoïde ; mais en général c'est le symptôme qu'on a regardé comme le plus caractérisque de l'inflammation du cerveau. L'erreur commune ne vient pas seulement de ce que l'arachnoïde n'étant pas le siége des fonctions intellectuelles, on a été porté à croire que son inflammation ne pouvait avoir aucun rapport avec l'exaltation, le dérangement de ces mêmes fonctions. Ce qui a véritablement induit en erreur, c'est qu'on a toujours choisi, pour étudier les inflammations du cerveau, des observations chirurgicales ; et vous avez vu que dans les cas de lésion extérieure, l'inflammation de l'arachnoïde précède ordinairement celle du cerveau de plusieurs jours, comme le prouvent les mouvemens convulsifs des deux côtés du corps, l'agitation, etc., qui précèdent les premiers symptômes de paralysie : il n'est donc pas étonnant que le délire, précédant et accompagnant ces symptômes spasmodiques, cessant en même temps qu'eux, ait été attribué comme eux à l'inflammation du cerveau, et qu'on ait regardé la paralysie qui survenait ensuite, comme le résultat de la compression produite par le pus épanché à la surface de l'arachnoïde ou dans la substance du cerveau.

§. XVII. Il est inutile de revenir sur ce qui a rapport à la fièvre; il me suffira de vous rappeler que dans toutes ces observations on n'a pas tenu compte de l'inflammation des tégumens du crâne et de l'arachnoïde, des erreurs de régime, qu'enfin l'on n'a ordinairement ouvert que la tête.

§. XVIII. C'est au sujet des convulsions et de la paralysie que se sont élevées les discussions les plus vives et les plus nombreuses. Il serait aussi ennuyeux qu'inutile de vous rappeler ici les différentes opinions des auteurs, les observations particulières sur lesquelles ils les fondent, et les théories au moyen desquelles ils expliquent ces faits. Pour sortir de ce véritable dédale, j'examinerai ces opinions en elles-mêmes, en vous citant seulement les noms les plus fameux et les faits les plus saillans.

Pour remonter jusqu'à la source, nous trouvons dans les ouvrages du père de la médecine plusieurs observations de plaies de tête qui ont été suivies de convulsions. Dans celle d'Autonome en Omile (épidémies, L. 5, n° 27, Foës), la pierre avait frappé le milieu de la fontanelle; il survint des convulsions dans les deux mains; *car*, dit Hippocrate, *la plaie occupait le milieu de la tête et du sinciput.* Ἐν μέσῳ γὰρ εἶχε της κεφαλῆς καὶ τοῦ βρέγματος τὸ ἕλκος. Dans celle de cette servante qui fut frappée à la tête par une porte (*Voyez* le paragraphe 28), *des convulsions se manifestèrent dans la main gauche*, dit-il en terminant; *car la plaie était située principalement à droite.* Σπασμὸς δὲ χεῖρα τὴν δρισ-

ερὴν ὑπελάμβανεν, ἐν γὰρ τοῖσι δεξιοῖσι μᾶλλον εἶχε τὸ ἕλκος.

D'après ces deux observations et plusieurs autres passages (1), il est évident qu'Hippocrate regarde comme une chose naturelle que les convulsions se manifestent des deux côtés, quand la plaie de tête se trouve sur la ligne médiane, et dans les autres cas, du côté du corps, opposé au côté de la tête qui a été frappé. Il s'est en cela renfermé dans l'expression pure et simple des faits, et ils sont encore aujourd'hui ce qu'ils étaient autrefois. Mais les commentateurs ont eu tort d'abord d'en faire une règle générale, et plus grand tort encore d'attribuer les convulsions à l'inflammation du cerveau. Les faits sur lesquels ils s'appuient sont en très grand nombre; mais tous sont plus ou moins semblables à ceux d'Hippocrate.

Baillou, qui a écrit dans le même sens, a pris pour texte de son *Traités des Convulsions* cette question qu'il s'est proposée de résoudre : *Cur sauciatis dextra capitis parte, convulsio sanæ partis contingat.* Vous voyez qu'il s'agit toujours de plaie de tête.

Mais Hippocrate, dans le 7e Livre *des Épidémies*, à la fin du §. 38 (édit. de Foës), après avoir parlé d'accidens éprouvés à la suite de la lésion des os du crâne, ajoute : *Il arrive aussi à ces malades d'avoir des vomissemens, et ensuite des convulsions. Ils poussent des cris aigus et tombent dans la paralysie. Si la plaie est à*

(1) *Voyez* le chapitre des plaies de tête, nº 19, et le commencement du troisième livre des *Prænotions de Cos*.

droite, la paralysie a lieu à gauche; si elle est à gauche, c'est le côté droit qui est paralysé. Καὶ, μὲν ἐν τοῖσι δεξιοῖσι τὸ τρωμα ᾖ, τὰ δ᾽ ἀριστερὰ μῆν δὲ ἐν τοῖσιν ἀριστεροῖσι, τὰ δεξιά.

Rien de plus clair, rien de plus exact que cette rapide description empreinte du sceau du génie observateur du père de la médecine. Vous y retrouverez les deux séries de symptômes qui caractérisent les inflammations du cerveau. Je ne sais par quelle fatalité on n'en a presque jamais cité que la dernière partie, et c'est elle qui a servi de texte aux discussions élevées entre les commentateurs d'Hippocrate. Les uns ont pensé qu'il y avait incompatibilité entre les passages précédens, où il est question des convulsions, et celui-ci; en conséquence, ils ont admis l'une ou l'autre version, en regardant comme apocryphe celle qu'ils rejetaient. Marcellus Donatus (*de Hist. med. mir.* L. 5, c. 4), après avoir rapproché tous les passages d'Hippocrate, relatifs aux convulsions, prétend même qu'il n'a jamais parlé, autant qu'il s'en souvienne, de paralysie du côté opposé à la plaie. Les autres ayant observé, dans des cas de plaie de tête, tantôt des convulsions, tantôt de la paralysie du côté opposé, admirent que les deux cas pouvaient se présenter; que, par conséquent, l'inflammation du cerveau pouvait produire, tantôt l'un, tantôt l'autre symptôme; et ils expliquèrent, chacun à leur manière, la cause de cette différence (1).

---

(1) *Voyez* Marc. Donatus, ouvrage cité. Cæsalpin, L. 2, Quest. med. 10. Prosp. Martian, annot. ad Hipp, Epid. L. 7, §. 1, vers. 377. Carcanus de Vuln. capit. serm. 3, lect. 5.

Mais toutes ces discussions, toutes ces opinions reposaient sur des observations de plaie de tête sans ouverture de cadavre. Dans toutes on n'a eu égard qu'à la plaie extérieure ; c'est d'après elle seule qu'on a décidé que les symptômes observés étaient produits par l'inflammation du cerveau: dès-lors vous concevez qu'il a dû se présenter des faits en faveur de toutes les opinions. A mesure qu'on a senti la nécessité d'avoir recours à l'examen des parties affectées, pour apprécier les désordres produits par les violences extérieures et la cause des symptômes, on a dû ne plus tenir compte de ces observations incomplètes, ni des opinions qu'elles avaient fait naître, et voici ce qui est arrivé.

On observa que dans certains cas la paralysie du côté opposé à la plaie, était due à l'enfoncement des fragmens; dans d'autres, à un épanchement de sang, soit entre la dure-mère et l'os, soit à la surface de l'arachnoïde; on rapprocha ces faits de ceux d'hémorrhagie cérébrale, et l'on en conclut que les convulsions étaient dues à l'inflammation, et la paralysie à la compression du cerveau.

Ce n'est pas qu'on ait manqué d'occasions de trouver le cerveau enflammé vis-à-vis de la plaie, et du côté opposé à la paralysie; mais lorsque la mort a été prompte, on n'a trouvé qu'un ramollissement avec injection sanguine, ou une simple rougeur très-circonscrite, et l'on a regardé cette altération comme l'effet d'une *contusion*, d'une attrition mécanique

semblable à celle qui produit une ecchymose. Cette idée de contusion a éloigné celle d'inflammation. Lorsque la mort est arrivée un peu plus tard, on a trouvé la surface des circonvolutions ramollie, décolorée, ou d'une couleur jaunâtre, verdâtre, etc.; mais comme, en même temps, l'arachnoïde qui les recouvrait était enduite de pus de même couleur, on a attribué l'altération de la substance grise en contact avec l'arachnoïde, non pas à une inflammation, mais à une véritable imbibition passive; et la légère couche de pus qui recouvrait l'arachnoïde a été regardée comme suffisante pour produire la compression de l'hémisphère correspondant et la paralysie. Lorsque ce *ramollissement* sans injection occupait la substance blanche du centre des hémisphères, il a dû, à plus forte raison, être méconnu.

Il est rare que, dans tous ces cas de plaies de tête, on ne trouve ou du sang, ou du pus, ou de la sérosité épanchée, soit sous la dure-mère, soit dans les ventricules, et c'est à ces épanchemens plutôt qu'au *ramollissement* du cerveau, dont on ne soupçonnait ni la cause, ni l'importance, qu'il était naturel d'attribuer la paralysie: aussi, dans toutes ces observations, on tient compte avec un grand soin de quelques gouttes de sang, de pus, ou de sérosité; et si les observateurs, les plus exacts parlent de la substance cérébrale, ils disent seulement, mais sans y attacher d'importance, qu'elle était molle, pâle ou rouge. Enfin,

lorsqu'on a trouvé du pus réuni en foyer du côté opposé à la paralysie, et qu'aucune autre cause ne pouvait l'expliquer, on n'a pas manqué d'attribuer les convulsions qui la précèdent ou l'accompagnent ordinairement, à l'inflammation, et la paralysie à la compression produite par la suppuration, en sorte que le pus a été regardé comme la cause mécanique de la paralysie. On a dû être confirmé dans cette opinion par ce qui arrive dans les hémorrhagies cérébrales. D'ailleurs, vous avez vu que la mort survenait quelquefois assez promptement pour que la paralysie n'ait pas le temps de succéder aux convulsions; et quand ces deux ordres de symptômes existent simultanément, quand, par exemple, les membres sont dans un état de roideur tétanique, on ne pense pas ordinairement à s'assurer si la peau a perdu ou conservé sa sensibilité.

Ainsi, d'après ces faits eux-mêmes, on a continué à attribuer la paralysie à une compression mécanique du cerveau; et lorsqu'elle survient après des convulsions, on l'a regardée comme une preuve d'épanchement de pus à la surface de l'arachnoïde ou dans le cerveau. « On est en droit de conclure, dit le docteur Hennequin (*Dissert. sur les lésions traumat. du cerveau*), que la suppuration est entièrement formée, lorsqu'on voit tous les symptômes de compression se joindre ou succèder à ceux de l'inflammation. » Je vous cite ce passage parce qu'il me tombe sous la main; je ne vous citerai que celui-là, parce qu'il est

l'expression de l'opinion générale. Nous verrons, en parlant de l'inflammation de l'arachnoïde, qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à la compression produite par la suppuration qui se forme à sa surface. Je ne veux pas devancer les faits; mais, quant au rôle qu'on fait jouer au pus dans l'inflammation du cerveau, il est facile de démontrer qu'on est dans une double erreur.

D'abord nous avons observé la paralysie dans tous les cas de ramollissement dans lesquels la suppuration n'était pas encore évidente, et dans ceux où le cerveau sortant librement du crâne ne pouvait pas être comprimé. Ce n'est donc pas la compression produite par le pus qui cause *l'hémiplégie*. En second lieu, n'ous n'avons observé de rémission bien marquée dans les symptômes, que dans le cas où la suppuration était plus ou moins avancée; et tout nous a porté à croire que c'était au moment où le pus s'était réuni en foyers distincts, qu'avait eu lieu l'amélioration en question.

Partant de cette idée, que la paralysie est toujours produite par la compression, on n'a plus cherché qu'à savoir quand elle était primitive ou consécutive, qu'à distinguer celle qui était produite par épanchement de sang d'avec celle qui dépendait d'un épanchement de pus, au lieu de chercher quels sont les symptômes qui peuvent annoncer une inflammation de l'arachnoïde ou du cerveau.

Vous venez de voir déjà bien des opinions diffé-

rentes fondées sur des observations plus ou moins incomplètes de plaies de tête : ainsi les uns ont admis que l'inflammation du cerveau produisait des convulsions du côté du corps opposé; les autres, qu'elle produisait la paralysie; d'autres, qu'elle pouvait se manifester tantôt par des convulsions, tantôt par la paralysie; enfin, que les convulsions (toujours du côté opposé) étaient produites par l'inflammation, et la paralysie par la suppuration, c'est-à-dire par la compression du cerveau. Une autre série d'observations produisit d'autres opinions.

Salmuth (*Voyez* n° 4, §. 3, p. 341) trouva chez un individu qui avait eu une paralysie d'un côté, et des convulsions de l'autre, un abcès dans l'hémisphère opposé au côté du corps paralysé.

Daniel Hoffmann (Dissert. *de Sanatione rariss.*) rapporte l'observation d'un enfant qui, ayant eu le crâne fracturé à *gauche*, avec destruction considérable de la substance du cerveau, éprouva une paralysie du côté *droit* et des mouvemens convulsifs du côté gauche. Ces faits, au reste, sont très-communs, comme vous avez pu le remarquer; il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'en observer. Je vous ai fait voir qu'ils s'expliquaient très-facilement par la coïncidence d'une méningite avec une encéphalite.

« Il est d'observation, dit le docteur Hennequin, que lorsqu'il y a tout à la fois convulsion d'un côté du corps et paralysie de l'autre, la convulsion attaque le côté qui répond à la lésion

du cerveau; mais quand il n'existe que des convulsions, et d'un seul côté, c'est ordinairement du côté opposé à la plaie. »

Vous trouverez ces vérités exprimées à peu près de la même manière dans une foule d'autres ouvrages, parmi lesquels je vous citerai le plus récent, auquel le nom de l'auteur donne d'ailleurs une autorité imposante. Voici ce que dit M. Boyer (*Traité des Mal. chirurg.*, etc., t. 5, p. 109) :

« La paralysie n'est pas le seul désordre que produisent la compression du cerveau et l'altération de sa substance. Les *convulsions* sont aussi quelquefois la suite de ces affections. La plupart des observateurs qui ont remarqué que la paralysie frappait toujours le côté opposé à la lésion du cerveau, ont observé en même temps que lorsque, dans ce cas, il survenait des *convulsions*, elles attaquaient le côté opposé à la paralysie, c'est-à-dire le côté même de la lésion cérébrale, tandis que les mouvemens convulsifs affectaient le côté du corps opposé à cette lésion, lorsqu'il n'existe point de paralysie. »

Parmi les auteurs qui ont parlé de ces faits, les uns se sont contentés de les rapporter ou de les citer sans en chercher l'explication; d'autres ont pensé que la même affection pouvait produire à la fois des convulsions du côté de la plaie, et une paralysie du côté opposé. M. Boyer paraît être de ce nombre, quand il dit : La paralysie n'est pas le seul désordre, etc. D'autres, persuadés que les convulsions

étaient produites par l'inflammation, et la paralysie par la compression mécanique du cerveau, ont pensé que, dans ce cas, l'hémisphère du cerveau correspondant à la plaie, était à la fois enflammé et comprimé par du sang, par de la sérosité ou par du pus. Mais pour expliquer ainsi ces deux ordres de symptômes, il fallait rejeter l'opinion des anciens, qui avait été assez généralement reçue; et c'est en effet ce qu'ils firent. Ils prétendirent qu'il arrivait pour les convulsions tout le contraire de ce qu'on observe pour la paralysie; que les unes se manifestaient du côté de la maladie, et l'autre du côté opposé. Ainsi l'inflammation et la compression du même hémisphère cérébral auraient déterminé des convulsions du côté du corps correspondant à la maladie, et la paralysie du côté opposé.

Quoique le simple énoncé de cette supposition suffise pour en faire pressentir l'absurdité, elle eut un grand nombre de partisans. Il paraît qu'elle était surtout fort accréditée du temps de Morgagni, car il la discute longuement, et la combat dans plusieurs passages de ses ouvrages (1). Après avoir rappelé qu'on admet l'entre-croisement des fibres du cerveau pour expliquer la paralysie du côté opposé, il termine par cette réflexion judicieuse, qui se présente naturellement à l'esprit : *Igitur quam*

---

(1) *Voyez* Epist. anat. 13, n°s 14, 17, 18 et 22. De sed. et caus. morb. epist. 51, n°s 46, 47 et 48.

decussationem ad paralysim in latere opposito explicandam agnoscere debemus; quare ad convulsionem non agnoscemus?

L'argument de Morgagni, très plausible à cette époque, est devenu sans réplique dès le moment qu'on a démontré, le scalpel à la main, cet entre-croisement des fibres du cerveau, qui n'était alors qu'une hypothèse plus ou moins probable. Cela n'a cependant pas empêché cette opinion de se propager jusqu'à nous; et j'ai entendu des praticiens distingués la défendre avec chaleur. D'autres, toujours d'après les mêmes observations de plaies de tête, ont admis que les convulsions pouvaient se manifester du côté de l'hémisphère enflammé ou du côté opposé, suivant que ce dernier se trouvait libre ou paralysé; ce qui devient encore bien plus difficile à concevoir.

On a même été jusqu'à imaginer que les convulsions n'avaient lieu d'un côté que parce que les muscles antagonistes étaient paralysés, en sorte que ceux qui étaient sains entraînaient les autres de leur côté, tiraient, par exemple, la bouche vers l'une ou l'autre oreille, courbaient le corps latéralement, etc.; mais sans examiner si cette action des muscles sains peut être assimilée aux contractions permanentes ou *convulsions toniques* produites par l'inflammation du cerveau, il est évident que la paralysie des muscles du bras et de la cuisse d'un côté, ne peut avoir aucune influence sur les membres du côté opposé.

De toutes ces explications, la plus raisonnable, la

plus voisine de la vérité est celle qui fut adoptée par Marcellus, Donatus, Césalpin, Prosper Martian, Morgagni, etc.; ils pensaient que dans ces plaies de tête, la cause de ces deux ordres de symptômes avait également son siége dans l'hémisphère du cerveau qui était opposé au côté du corps affecté de paralysie ou de convulsions; mais que cette cause était de nature différente, c'est-à-dire que c'était une compression ou une lésion mécanique de l'un des hémisphères qui produisait la paralysie du côté du corps opposé, et une inflammation de l'autre hémisphère, qui produisait des convulsions de l'autre côté du corps. Ils étaient en cela conséquens avec eux-mêmes, et ils expliquaient d'une manière fort simple des faits contradictoires; cependant cette opinion ne prévalut pas généralement, et voici pourquoi.

Dans un grand nombre de cas, on trouva bien, à la vérité, du côté de la plaie un épanchement de sang, de pus ou de sérosité à la surface de l'arachnoïde, ou un abcès dans le cerveau; altérations qui expliquaient la paralysie du côté opposé; mais quelquefois on ne trouva qu'une injection de la dure-mère et de l'arachnoïde, avec ramollissement du cerveau sous-jacent: rien alors ne prouvait qu'il y avait eu compression du cerveau. Enfin, et c'était là qu'existait la grande difficulté, on ne trouvait pas dans l'hémisphère opposé aux couvulsions de traces évidentes d'inflammation du cerveau, et l'on n'attachait pas d'importance à l'état de l'arachnoïde, pour deux rai-

sons : la première, c'est que, comme vous l'avez vu, elle est toujours beaucoup plus enflammée du côté de la plaie que de l'autre, en sorte que, par comparaison, on pouvait la regarder comme saine quand elle était rouge, injectée, opaque, etc.; la seconde, c'est qu'on ne croyait pas plus que l'inflammation de l'arachnoïde fût susceptible de produire des convulsions que du délire.

Enfin, quelques faits, assez rares à la vérité, achevèrent de jeter la confusion dans les opinions des auteurs, au sujet des convulsions et de la paralysie, à la suite des plaies de tête. On remarqua que la paralysie avait quelquefois lieu du côté lésé, et les convulsions, du côté opposé; et même Avicenne, qui probablement avait vu plusieurs cas semblables, pensait (*de Fract. cran.*) qu'ils étaient plus communs que les autres. On fut long-temps embarrassé d'expliquer ce singulier phénomène, qui bouleversait les idées reçues; mais lorsqu'on ouvrit le crâne des individus qui avaient succombé, on ne tarda pas à s'apercevoir que la lésion du cerveau existait du côté opposé à la lésion du crâne, et par conséquent aussi du côté opposé à la paralysie : c'est ce qui est arrivé dans l'observation première de cette lettre (1). Ces deux séries

---

(1) Voyez aussi l'observation de Paillot, consignée par M. Ant. Petit, dans sa Collect. d'Obs. clin., page 223. Il reçut sur le coronal *gauche* un coup de sabre, éprouva le dix-huitième jour une paralysie du bras *gauche*, qui fit peu à peu des progrès, et il mourut le vingt-sixième jour. Au-dessous

de symptômes s'expliquent donc de la même manière que dans le cas précédent.

Je n'ai pas vu d'autre moyen pour vous présenter, et le plus clairement que j'ai pu, le tableau rapide de toutes ces opinions, et des faits sur lesquels elles sont fondées, que de les réduire à leur plus simple expression, en les dépouillant autant que possible de ce vain luxe d'érudition, dont il est si facile d'abuser, et à travers lequel il est si difficile de se reconnaître.

Malgré cette précaution, vous trouverez peut-être que la contention qu'exige une pareille lecture ne vaut pas le fruit qu'on en peut retirer; mais j'ai pensé que, si d'autres commencent par démolir avant de bâtir, ou sans rien laisser à la place de ce qu'ils ont détruit, je pouvais et je devais même, après avoir essayé de construire sur des bases plus étendues et plus solides qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, chercher à faire disparaître tout ce qui pouvait encore offusquer vos regards.

En résumé, vous voyez que la cause des erreurs qui ont régné au sujet des symptômes d'inflammation du cerveau, tient à ce qu'on l'a étudiée dans les observations chirurgicales.

De là en effet la grande importance qu'on a tou-

---

de la plaie, la dure-mere et le cerveau étaient sains; le lobe antérieur de l'hémisphere opposé offrait un vaste dépôt qui avait pénétré à plusieurs lignes dans sa substance. *Voyez* aussi Morgagni, Epist. 51, nº 42; et l'Obs. de M. Dan de la Vauterie, Lett. 1re, nº 9.

jours attachée à la plaie extérieure, et le peu d'attention qu'on a apporté à l'étude des symptômes et des altérations pathologiques, qui sont précisément plus compliqués que dans les càs d'inflammation spontanée.

Vous voyez aussi que toutes ces opinions étaient fondées sur des faits qui se reproduisent de nos jours, parce que la nature ne change pas; que, malgré la divergence qui existe entre elles, il est facile de les expliquer et même de les concilier, en remontant aux observations qui leur ont donné naissance.

P. S. M. Dupuy, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, faisant une heureuse application de ses connaissances en anatomie pathologique, à l'étude des différentes maladies des animaux, a recueilli sur plusieurs d'entre elles des observations nouvelles, qui ne peuvent manquer, à leur tour, de jeter quelque jour sur plusieurs points de pathologie générale. Il a surtout porté son attention sur les altérations du système nerveux, qu'on avait presque entièrement négligées avant lui; et dans l'espace de cinq à six ans il a eu l'occasion d'observer, sur différentes espèces d'animaux, un grand nombre de ramollissemens du cerveau et de la moelle épinière.

M. Dupuy vient d'avoir la bonté de me communiquer la plupart des faits qu'il possédait sur ce sujet, et j'y attache d'autant plus de prix, que je sais avec quelle bonne foi et quelle exactitude scrupuleuse cet obser-

vateur judicieux procède dans toutes ses recherches. Je m'en servirai plus tard, à mesure que l'occasion s'en présentera; mais, en attendant, je dois vous faire part de ce que leur lecture m'a présenté de plus remarquable.

Dans aucune de ces observations, le cerveau n'était affecté seul : dans deux seulement, il l'était en même temps que la moelle, et, dans une vingtaine d'autres, l'altération était bornée à la moelle. Les deux ramollissemens du cerveau avaient lieu dans la substance *grise* de la surface des hémisphères; ils étaient accompagnés d'injection vasculaire considérable, et même d'infiltration de sang, et ressemblaient à des ecchymoses produites par contusion.

Le ramollissement de la moelle n'existait pas au même degré dans toute son étendue; il était constamment plus considérable à l'endroit des renflemens qui correspondent à l'origine des nerfs des membres antérieurs et postérieurs; chez les chevaux surtout, ce dernier renflement de la moelle était le plus altéré. Ceci confirme, d'une manière très-remarquable, ce que j'ai dit dans la préface, de la cause de l'extrême fréquence des affections cérébrales chez l'homme. En effet, chez les animaux, ce n'est plus l'organe de la pensée qui prédomine sur le reste du système nerveux; le volume de la moelle semble augmenter à mesure que celui du cerveau diminue; du moins les mêmes proportions n'existent plus entre ces deux portions centrales du système

nerveux. La moelle se renfle à l'endroit qui donne naissance aux nerfs des membres antérieurs et postérieurs, et ce renflement est proportionné au volume des muscles qui servent à mouvoir ces membres. Aussi chez le cheval, dont toute la puissance est dans le train de derrière, le renflement postérieur est-il très-considérable. Cette partie de la moelle est donc chez lui celle dont l'action est prédominante, comme dans l'homme ce sont les hémisphères du cerveau : il est, par conséquent, très-remarquable que cette partie soit aussi le plus souvent et le plus fortement affectée.

Le ramollissement a présenté, chez ces animaux, les mêmcs caractères et les mêmes nuances que chez l'homme. Dans certains cas, il était accompagné d'une injection vasculaire considérable, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, et toujours la substance grise était plus injectée que la substance blanche; la rougeur du tissu de la moelle persistait après plusieurs jours de séjour dans une eau souvent renouvelée; dans d'autres cas, le renflement postérieur était déjà diffluent, et blanc comme de la crême; quand on soulevait la moelle, il en retombait des portions, sous forme de gouttes, semblables à du pus : dans deux autres, ce même renflement était également diffluent, mais d'un jaune très-prononcé; et cette couleur persista malgré un séjour prolongé dans l'eau. La dure-mère et l'arachnoïde, dans les points correspondans à ces altérations, étaient très-

injectées, et d'un rouge plus ou moins foncé, que n'affaiblirent pas des lotions répétées, et une macération prolongée. Tous les sinus veineux étaient gorgés de sang. L'examen des parties affectées a eu lieu quelques instans après la mort, et même plusieurs fois on a fait périr les animaux par hémorrhagie.

Les précautions que M. Dupuy a prises pour éviter de confondre les altérations produites par la maladie, avec celles qui pourraient être le résultat d'une décomposition cadavérique, l'ont conduit à regarder ces ramollissemens partiels de la substance nerveuse du cerveau et de la moelle épinière, comme un résultat de l'inflammation.

Les accidens observés pendant le cours de la maladie viennent encore à l'appui de cette opinion; ce sont des tremblemens des membres, accompagnés de faiblesse et d'agitation, des mouvemens convulsifs, intermittens ou continus, une roideur tétanique du cou, des mâchoires ou des membres antérieurs, mais surtout des membres postérieurs, suivis d'une grande faiblesse, d'une paralysie qui commence par le train de derrière. Les chevaux surtout présentent un phénomène remarquable; ils *poussent au mur*, comme disent les vétérinaires, c'est-à-dire qu'ils appuient la tête contre un corps résistant, et poussent avec tant de force, au moyen des jambes de derrière, qu'ils enfoncent quelquefois des cloisons très-solides, et que les jambes de devant ne touchent plus le sol; ils res-

tent souvent pendant plus d'une heure arc-boutés dans cette position ; puis ils tombent lorsque cette roideur tétanique vient à cesser. Après un certain nombre d'accès semblables, ils ne se relèvent plus. La paralysie commence par les membres postérieurs.

Mais nous reviendrons plus tard, et avec plus de détail, sur ces observations : ce que je vous en ai dit suffit pour vous montrer que les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets.

FIN.

